

# **Prévention primaire et milieu carcéral**

## **Travail de Bachelor**

**Al-Khalidi Nadine**

**N°matricule 04207205**

**Nigro Enza**

**N°matricule 07333487**

Directrice: Badoux Claudine – chargée d'enseignement HES

Membre du jury externe: Guyon Marie-Hélène – infirmière de santé au travail

**Genève, août 2013**

## Déclaration

«Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers*. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie».

Fait à Genève, le 5 août 2013

Al-Khalidi Nadine

Nigro Enza

## **Résumé**

Ce travail traite de la prévention primaire des maladies infectieuses auprès de la population toxicomane de Champ-Dollon.

Il a pour but de mettre en évidence l'adaptation dont doivent faire preuve les soignants afin de garantir une prévention primaire de qualité en adéquation avec les spécificités du milieu, ce qui permettra le changement des comportements à risque.

Pour ce faire, nous avons élaboré notre recherche à travers une revue de littérature et une phase empirique. Nous avons effectué quatre entretiens auprès de soignants du service médical. Nous les avons questionnés au sujet des besoins et des limites que comporte la prévention primaire, ainsi qu'au sujet de l'impact positif de la prison sur l'alliance thérapeutique et les limites de cette dernière.

Il en est ressorti qu'il existe relativement peu de besoins en matière de prévention primaire, mais un nombre certain de limites, telles que la barrière de la langue et de la culture, la surpopulation, l'aspect sécuritaire, la confidentialité et la courte durée d'incarcération. Pour ce qui est de l'impact de la prison sur l'alliance thérapeutique, il a été mis en exergue que le service médical représente pour les détenus un espace de parole favorisant la création de cette alliance, mais peut parfois être victime de manipulations. Point essentiel de ce travail: l'autodétermination du patient-détenu, sans laquelle le changement de comportement ne saurait se faire.

Il existe un certain nombre de perspectives dans ce domaine auxquelles les soignants de Champ-Dollon réfléchissent, comme par exemple, la mise en place de distributeurs de seringues.

## **Mots-clés**

Prévention primaire, Prison, Champ-Dollon, Hépatites B, C / VIH, Toxicomanie, Programme d'échange de seringues, Réduction des risques.

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier notre directrice de mémoire, Mme Badoux, pour sa disponibilité son suivi et son investissement.

Merci à notre juré Mme Guyon de s'être intéressée à notre travail.

Merci à toute l'équipe soignante de Champ-Dollon sans qui ce travail n'aurait pu se faire.

Un merci particulier à l'infirmière responsable de Champ-Dollon, qui s'est montrée disponible et qui nous a permis de rencontrer les infirmiers du milieu carcéral.

Un merci tout particulier à nos familles et amis qui nous ont soutenues durant ces mois de dur labeur.

Notre dernier remerciement, et non des moindres, s'adresse à Nicolas qui a soigneusement relu notre travail.

# Table des matières

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Présentation du sujet</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Problématique</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Motivations personnelles</b>	<b>10</b>
<i>1.3.1 Motivations d'Enza</i>	10
<i>1.3.2 Motivations de Nadine</i>	11
 <b>2. METHODOLOGIE</b>	 <b>13</b>
<b>2.1 Élaboration du guide d'entretien</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Population interviewée</b>	<b>14</b>
<b>2.3 Modalités des entretiens</b>	<b>15</b>
<b>2.4 Élaboration du cadre de références</b>	<b>15</b>
<b>2.5 Thèmes d'analyse</b>	<b>16</b>
<b>2.6 Analyse critique</b>	<b>17</b>
 <b>3. CADRE DE REFERENCES</b>	 <b>19</b>
<b>3.1 La prévention primaire</b>	<b>19</b>
<i>3.1.1 Comment faire passer le message</i>	21
<i>3.1.2 Comment faire changer les comportements</i>	22
<i>3.1.3 La roue du changement selon Proshaska et Di Clemente</i>	23
<i>3.1.4 L'alliance thérapeutique</i>	27
<b>3.2 La prévention primaire à Champ-Dollon</b>	<b>28</b>
<i>3.2.1 Le programme d'échange de seringues</i>	31
<b>3.3 La prison de Champ-Dollon</b>	<b>34</b>
<i>3.3.1 Description</i>	34
<i>3.3.2 Prison et santé</i>	38
<i>3.3.3 L'équipe soignante</i>	39
<b>3.4 Les maladies infectieuses</b>	<b>43</b>
<i>3.4.1 Les hépatites</i>	43
<i>3.4.2 Le VIH/SIDA</i>	47
<b>3.5 Synthèse</b>	<b>49</b>

<b>4. ANALYSE</b>	<b>51</b>
<b>4.1 Synthèse des résultats</b>	<b>51</b>
4.1.1 <i>Besoins de la prévention primaire</i>	51
4.1.2 <i>Limites de la prévention primaire</i>	52
4.1.3 <i>Impact positif du milieu carcéral sur l'alliance thérapeutique</i>	53
4.1.4 <i>Limites de l'alliance thérapeutique dans le contexte de la prison</i>	54
<b>4.2 Tableaux des résultats</b>	<b>56</b>
<b>4.3 Interprétation des résultats</b>	<b>65</b>
4.3.1 <i>Impact de la communication sur la prévention primaire</i>	65
4.3.2 <i>Impact de l'environnement sur la prévention primaire</i>	72
4.3.3 <i>Impact de l'alliance thérapeutique sur la prévention primaire</i>	84
 <b>5. CONCLUSION</b>	 <b>92</b>
<b>5.1 Résultats de l'analyse</b>	<b>92</b>
<b>5.2 Perspectives</b>	<b>94</b>
<b>5.3 Auto-évaluation</b>	<b>96</b>
<b>5.4 Positionnement professionnel</b>	<b>98</b>
 <b>6. LISTE DES REFERENCES</b>	 <b>100</b>
<b>6.1 Liste de références bibliographiques</b>	<b>100</b>
<b>6.2 Liste bibliographique</b>	<b>104</b>
 <b>ANNEXES</b>	 <b>1</b>
<b>Annexe I</b>	<b>1</b>
<b>Annexe II</b>	<b>2</b>
<b>Annexe III</b>	<b>8</b>
<b>Annexe IV</b>	<b>13</b>
<b>Annexe V</b>	<b>22</b>
<b>Annexe VI</b>	<b>33</b>

# 1. Introduction

## 1.1 Présentation du sujet

La prison de Champ-Dollon existe depuis 1977. Elle a souvent fait parler d'elle dans les médias pour différentes raisons, notamment concernant la présence de toxicomanes qui consomment au sein même de la prison ainsi que des programmes qui ont été mis en place en lien avec cette problématique.

Nous aimerions nous concentrer, non pas sur l'arrêt de cette consommation, mais sur les risques de transmission de maladies que cette consommation peut engendrer. En effet, nous savons que la prévalence des maladies infectieuses est prépondérante chez la population des usagers de drogues à Champ-Dollon, ce qui justifie l'importance du rôle infirmier dans ce contexte.

En effet, nous savons que l'injection intraveineuse, lorsque celle-ci ne respecte pas certaines normes et règles d'hygiène, peut favoriser la transmission de maladies infectieuses, notamment les hépatite B et C, ainsi que le VIH.

Afin de parer à cette conséquence néfaste, il nous semble que la prévention primaire reste le moyen le plus efficace et c'est dans l'application de celle-ci que se joue le rôle infirmier. Le rôle de l'infirmier travaillant dans le milieu carcéral est d'offrir une qualité de soins équivalente à celle que chaque individu pourrait trouver à l'extérieur, il s'agit là de l'équivalence de soins.

À Champ-Dollon, il existe de nombreuses stratégies de prévention primaire qui ont pour but d'aider l'individu à prendre conscience des comportements délétères qu'il peut avoir dans la transmission des maladies infectieuses et à changer ses comportements à risque. Le milieu carcéral a cette spécificité qu'il représente non seulement un milieu clos, d'enfermement non volontaire, mais surtout il s'agit d'un milieu dans lequel la présence des détenus n'a aucune visée thérapeutique. En effet, l'objectif de l'incarcération est de purger une peine judiciaire.

De ce fait, le but de ce travail est de réfléchir à l'impact que le milieu carcéral pourrait avoir sur la prévention primaire et si impact il y a, lequel est-il et quelles compétences

doivent être développées par les infirmiers dans ce contexte.

## 1.2 Problématique

Dans le cadre de ce travail de Bachelor, nous allons aborder la question de l'application de la prévention primaire de la transmission des maladies infectieuses auprès de la population toxicomane détenue à la prison de Champ-Dollon.

Avant d'arriver à la formulation de cette problématique, nous avons traversé diverses étapes que nous allons vous décrire brièvement.

Au départ, nous souhaitions aborder cette problématique au regard de différentes populations à Champ-Dollon, à savoir la population migrante, la population toxicomane, ainsi que la population homosexuelle.

Par la suite, nous avons pris conscience que notre population-cible était bien trop vaste et qu'analyser la problématique de la prévention primaire au regard de ces trois angles n'aurait pas permis d'apporter un travail de qualité, le risque aurait été de survoler tous les thèmes sans en approfondir aucun.

Ainsi, nous avons ciblé notre population en nous concentrant uniquement sur la population des usagers de drogues à Champ-Dollon.

De plus, il est vrai qu'aux prémices de notre travail, nous nous demandions quelles étaient les stratégies de prévention primaire existantes. Les questions que nous nous posions étaient les suivantes:

Comment s'établit une relation de confiance permettant une alliance thérapeutique dans un microcosme statistiquement et épidémiologiquement très différent de celui de la société dite "normale", afin de mener à bien des mesures de prévention efficaces et adaptées? Sachant qu'il existe un important trafic de toutes sortes de denrées, en particulier les drogues et les barbituriques et que, pour des détenus possédant peu d'argent, le troc est devenu monnaie courante en prison, parvient-on malgré tout à créer des relations de confiance? Quelles sont les stratégies de prévention adaptées à la population toxicomane? Qui pratique essentiellement la prévention? Les détenus peuvent-ils participer à cette prévention en y jouant un rôle actif? La prévention est-elle



efficace auprès d'une population dont le taux d'éducation est plus faible que dans la société "normale", un taux de toxicomanie plus élevé et un taux très important de personnes souffrant de dépression, sans projection possible dans l'avenir?

Ces questions ont servi de ligne conductrice à l'élaboration de notre premier guide d'entretien.

Par la suite, grâce aux lectures que nous avons effectuées, ainsi qu'au premier contact avec le service médical de Champ-Dollon, notre questionnement s'est affiné pour déboucher sur la question de la spécificité du milieu carcéral et de l'application d'une même stratégie de prévention primaire dans ce contexte particulier. Ainsi, notre problématique est:

**«Quelle est l'adaptation nécessaire aux stratégies de prévention primaire des maladies infectieuses pour qu'elles soient pertinentes dans le cadre de la prison de Champ-Dollon, face à la population masculine d'usagers de drogues?»**

En effet, aujourd'hui nous constatons que les stratégies peuvent être les mêmes qu'à l'extérieur des murs de la prison (entretiens individualisés, brochures informatives, etc.), mais que c'est dans les modalités d'application de la prévention que réside la particularité relative au milieu carcéral.

Nous posons les hypothèses suivantes:

– Les détenus font un amalgame entre l'autorité pénitentiaire et le service médical.

Partant de là, nous nous demandons comment peut se créer une alliance thérapeutique authentique, base même d'une prévention primaire efficace, selon nous.

– La prévention primaire des maladies infectieuses se fait essentiellement par le biais de l'information.

Celle-ci peut-elle suffire à engendrer des changements de comportements?

– Les professionnels de la santé de Champ-Dollon doivent faire preuve de compétences spécifiques pour parvenir à faire de la prévention primaire efficace dans ce contexte.

Parviennent-ils à respecter l'équivalence de soins?

Pour répondre à notre problématique, nous allons interroger nos interlocuteurs au sujet des besoins et limites de la prévention dans ce contexte, d'une part, ainsi qu'au sujet de la

notion d'alliance thérapeutique et les bienfaits et méfaits de la prison sur cet aspect du soin.

## **1.3 Motivations personnelles**

### ***1.3.1 Motivations d'Enza***

La prison, ce milieu clos, privant les individus de liberté, est souvent victime de stéréotypes et d'idées-reçues, ceux-ci découlant des représentations propres à chacun, ainsi que des messages véhiculés par les médias.

Moi-même ayant des représentations au sujet du milieu carcéral et plus précisément au sujet des soins proposés dans ce milieu, je souhaitais tout d'abord m'y intéresser, afin de briser ou peut-être confirmer mes représentations. Champ-Dollon a souvent fait la une des médias ces dernières années, notamment quant à la problématique de la surpopulation, et je me suis à plusieurs reprises questionnée au sujet de la santé des détenus de part la situation actuelle.

N'ayant que peu de connaissances mais beaucoup de représentations au sujet du milieu pénitentiaire, lorsqu'il nous a été demandé de réfléchir au sujet de notre travail de Bachelor, il a été pour moi presque évident qu'il porterait sur la prison et plus particulièrement au sujet du rôle de l'infirmier travaillant au sein du milieu carcéral.

Au fil des premières lectures au sujet de la prison, j'ai découvert les réactions qu'a entraîné la mise en place du programme d'échange de seringues en prison. Cela a particulièrement suscité mon intérêt, ne pensant pas que ce programme avait créé autant de questionnements et de polémiques. De ce fait, en discutant avec ma collègue, nous avons continué à explorer, à travers la littérature, le programme d'échange de seringues. Celui-ci était la plupart du temps mis en lien avec la réduction des risques et les maladies infectieuses.

La prévention, les maladies infectieuses, les usagers de drogues sont des thématiques sur lesquelles nous avons eu l'occasion de travailler durant ces quatre années de formation, je trouve donc intéressant de les reprendre et de faire les liens entre elles ainsi qu'avec le milieu carcéral. C'est donc pour cette raison que nous avons choisi de nous

interroger au sujet de la prévention primaire des maladies infectieuses auprès des détenus toxicomanes.

Souvent, le sujet de travail de Bachelor est en lien avec le domaine dans lequel nous souhaitons travailler. Dans mon cas, je ne souhaite pas, du moins pour le moment, travailler en milieu pénitentiaire. Cependant, ce travail reste selon moi l'opportunité de découvrir un sujet et un milieu dont nous n'avons pas forcément eu l'occasion de discuter durant la formation.

### **1.3.2 Motivations de Nadine**

Il est souvent difficile d'expliquer les motivations premières pour ce qui est du choix du sujet d'un travail. Pour ma part, déjà avant de commencer ma formation à la Haute École de Santé, j'étais intriguée par le milieu carcéral. Ce sujet me fascine et j'ai souvent été interpellée par des reportages, des livres et même des films. Lors du semestre 4, nous étions amenés à définir un sujet et une problématique de travail de Bachelor, le milieu carcéral s'est alors imposé à moi, avec la possibilité d'approfondir mes connaissances, mais selon un regard infirmier cette fois. Trouver le sujet a été simple, mais sous quel angle l'aborder? La formulation de la problématique n'a pas été évidente, car je trouve ce sujet tellement passionnant qu'il y a une multitude d'approches et d'angles selon lesquels on peut le développer. Dans un premier temps, je souhaitais le traiter au regard des relations entre détenus et soignants et plus précisément au regard des relations entre détenus hommes et infirmières femmes. Traiter ce sujet de cette façon m'aurait énormément enrichie, toutefois il s'agissait peut-être plus d'un angle sociologique et je ne pouvais faire de lien direct avec ma formation en soins infirmiers. Le choix de la problématique était également limité par le fait que d'autres travaux de Bachelor avaient déjà abordé le milieu carcéral et il fallait donc un angle nouveau d'approche. Je ne souhaitais pas l'aborder sous un angle uniquement de relation et de santé mentale, car mes projets de carrière s'orientent vers une prise en soin d'ordre somatique et non uniquement en santé mentale. Donc traiter de la prévention primaire des maladies infectieuses incluant l'alliance thérapeutique s'est retrouvé être un compromis parfait entre mes envies et mon projet professionnel. Arrivées en fin d'études, nous connaissons maintenant l'importance de la prévention dans la prise en soins et je trouvais cet angle d'approche d'autant plus intéressant que la prévention primaire fait partie intégrante du rôle propre infirmier. Bien que je ne me projette pas dans le service médical de Champ-Dollon, pour ce qui est du début de ma carrière, je sais que je pourrai transposer un

certain nombre de connaissances que j'acquerrai durant l'élaboration de ce travail à mon projet professionnel quel qu'il soit. En outre, ayant choisi un travail de Bachelor avec une partie empirique, je me réjouis d'être au contact de ce milieu à travers les entretiens que je vais effectuer auprès de soignants du service médical de Champ-Dollon.

## **2. Méthodologie**

Dans le cadre de notre travail de Bachelor, nous avons plusieurs possibilités d'approche pour nous permettre de répondre à notre questionnement de départ. Nous avons choisi d'approfondir notre thématique à travers une approche sur le terrain. Celle-ci passe d'abord par une revue de littérature conséquente qui a pour but de nous familiariser avec les tenants et aboutissants du thème choisi, ainsi que d'appuyer notre problématique sur des fondements scientifiques et issus d'auteurs de référence. Une fois cette première étape effectuée, nous avons pu entamer la phase empirique en nous rendant sur le terrain afin d'effectuer des entretiens. Bien entendu, nous avons continué d' étoffer notre revue de littérature tout au long de notre travail.

Nous avons préféré effectuer des entretiens de type qualitatif. Ces derniers sont semi-directifs et ont été effectués à l'aide d'un guide d'entretien. Cette méthode offre une structure à l'entretien, mais elle permet également à l'enquêteur, par les questions ouvertes et les questions de relance, de s'adapter à l'interviewé. Cette méthode favorise la discussion et non un entretien de type "interrogatoire".

### **2.1 Élaboration du guide d'entretien**

Suite aux premières lectures que nous avons effectuées, nous avons été à même d'élaborer un premier guide d'entretien, que nous avons utilisé lors de notre entretien exploratoire. Celui-ci nous a permis d'acquérir davantage d'informations concernant la situation interne de Champ-Dollon. Cette première interview nous a également permis de nous rendre compte des failles de notre guide, que nous avons jugé pas assez ciblé.

Nous avons constaté que ce guide reflétait les questions que nous nous posions au début de ce travail, mais ne pouvait servir de trame pour une enquête, d'autant qu'il ne répondait pas concrètement à notre problématique. Par exemple, notre premier guide interrogeait l'interlocuteur au sujet de la journée-type d'un infirmier à Champ-Dollon. Cette question n'apportant pas d'éléments pertinents à notre problématique, nous avons choisi de la remplacer par une question plus ouverte interrogeant le soignant sur son rôle au sein du service médical. Cette question nous a permis d'identifier l'importance de la prévention dans son rôle en observant si ce dernier en parlait spontanément. De ce fait, nous avons reconstruit un guide plus ciblé et plus adapté.

Ce nouveau guide se divise en deux parties, qui constituent les thèmes principaux: la prévention primaire et l'alliance thérapeutique. Chacun de ces thèmes est subdivisé par des sous-questions et des questions de relance.

La première partie comporte des questions sur les besoins et limites de la prévention primaire de la transmissions des maladies infectieuses auprès de la population toxicomane dans le contexte carcéral de la prison de Champ-Dollon.

La deuxième partie s'axe sur l'alliance thérapeutique, celle-ci étant selon nous une composante essentielle de la prévention. En effet, «le terme d'alliance thérapeutique ... reflète à quel point le patient perçoit sa relation avec le thérapeute comme une aide, réelle ou potentielle, pour atteindre ses objectifs de thérapie» (Corpataux, 2006).

Nous nous interrogeons donc sur l'impact du milieu carcéral sur la qualité de l'alliance thérapeutique.

## **2.2 Population interviewée**

Au départ, nous souhaitions rencontrer des soignants du service médical de Champ-Dollon, des agents de détention, ainsi que des détenus, dans le but d'avoir un regard plus complet sur cette prévention. Rencontrer des détenus nous aurait permis d'interroger notre population-cible, ce qui aurait été enrichissant puisqu'ils représentent le deuxième groupe d'acteurs de la prévention primaire, en l'occurrence ceux à qui elle s'adresse. Mais la réalité du milieu carcéral a restreint nos possibilités.

Pour tenter de pallier ce manque, nous avons souhaité interviewer des bénévoles qui visitent les détenus et qui, en plus de leur regard extérieur, auraient pu se faire porte-parole du vécu des détenus quant à cette thématique, ce qui s'est également révélé impossible car notre demande a été refusée.

De ce fait, nous nous sommes entretenues avec des soignants, en priorité des infirmiers. Nous avons également eu l'occasion de nous entretenir avec l'un des médecins responsables du service.

Afin d'être mises en contact avec ces soignants, nous sommes passées par l'infirmière responsable. Cette dernière s'est montrée disponible et a pu nous proposer différents interlocuteurs issus de son équipe infirmière. Pour ce qui est du médecin interviewé, nous l'avons rencontré lors d'un cours dispensé à la HEdS (Haute École de Santé). Il s'est

montré très disponible et a accepté de nous rencontrer afin d'effectuer un entretien.

## **2.3 Modalités des entretiens**

Suite à un premier entretien exploratoire, nous avons rencontré quatre soignants: trois infirmiers et un médecin du service médical. Il est important de noter que tous ont eu accès au guide d'entretien avant la rencontre, certains ont préféré en prendre préalablement connaissance.

Nos entretiens ont eut lieu dans le service médical de Champ-Dollon dans une salle réservée aux colloques d'équipe qui nous a été mise à disposition. Ce lieu nous a permis d'effectuer des entretiens dans un cadre optimal, à savoir calme, sans être interrompus. Chaque entretien a duré environ quarante-cinq minutes. Tous ont été enregistrés afin d'être retranscrits mot-à-mot sans risque de biaiser les propos de l'interlocuteur. Nous avons informé les personnes interviewées du caractère anonyme que revêtent les entretiens et toutes en ont accepté les modalités. Toutefois l'une des personnes interviewées n'a pas souhaité être enregistrée, ce qui a rendu difficile la retranscription de ses propos. Donc, après avoir effectué notre entretien, nous lui avons envoyé une première retranscription, afin qu'il puisse confirmer, voire remanier notre écrit quant à ses propos, ce qui a été fait.

Durant les entretiens, nous avons toutes deux participé activement, chacune en respectant son rôle. L'une posait les questions et l'autre veillait à ce que le fil conducteur du guide soit respecté, ainsi que le temps imparti. Bien évidemment, ces rôles ont été interchangeables d'entretien en entretien et chacune a pu poser des questions et rebondir sur les propos de l'interlocuteur. Nous avons constaté notre complémentarité dans cet exercice, ce qui a favorisé la qualité des entretiens.

## **2.4 Élaboration du cadre de références**

Aux prémices de l'élaboration de notre cadre de références, nous avons repris notre problématique et avons défini les notions-clés dont elle traite. Nous avons, dans un premier temps, développé chacune d'entre elles de manière indépendante, puis dans un deuxième temps, nous les avons articulées entre elles, en ayant le souci de les traiter au

regard de notre problématique. Cela, non seulement, facilite la compréhension pour le lecteur, mais nous a également permis de garder un fil conducteur tout au long de la rédaction du cadre de références. Tout au long de sa rédaction, nous y avons intégré nos hypothèses de compréhension, en justifiant nos questionnements.

L'élaboration du cadre de références a été pour nous un exercice complexe pour plusieurs raisons. Tout d'abord, étant au début de ce travail, nous avions le souci de la quantité à rédiger, de ce fait nous avons tendance à trop développer certains aspects qui, avec du recul, n'ont pas trouvé de pertinence au regard de l'analyse de notre problématique. D'autre part, bien que nous ayons abordé toutes les notions essentielles, ce n'est qu'après avoir effectué nos entretiens, que nous avons vu que ce qui paraissait détail pour nous, s'est finalement révélé d'une importance cruciale au regard des entretiens. Par exemple, la notion de prévention effectuée auprès de groupe d'interlocuteurs. Nous l'avons d'abord évoquée dans notre cadre de références, mais suite à l'analyse des entretiens, nous avons jugé nécessaire d'y revenir afin d'y apporter d'avantage de théorie.

## **2.5 Thèmes d'analyse**

Une fois les interviews retranscrites, nous avons relu plusieurs fois chacun des entretiens, afin de nous en imprégner. Nous avons ensuite choisi de faire un tableau récapitulatif et comparatif en fonction des thématiques de notre guide d'entretien (Prévention: besoins et limites dans le contexte carcéral; Alliance thérapeutique: impact positif de la prison, limites dans le contexte carcéral). Cet exercice nous a permis de mettre en évidence les résultats obtenus de nos entretiens, ce qui a mis en visibilité les thématiques les plus abordées par nos interlocuteurs (par exemple la barrière de la langue, la surpopulation, l'aspect sécuritaire, l'espace de parole, etc.). De là, nous avons choisi de les classer sous trois grands thèmes qui sont: l'impact de la communication sur la prévention primaire; l'impact de l'environnement sur la prévention primaire; l'impact de l'alliance thérapeutique sur la prévention primaire. Ces trois grands thèmes incluent des dimensions qui leur sont propres et qui ne peuvent se retrouver dans les autres thèmes. Une fois ces thèmes d'analyse et leurs dimensions définis, nous sommes, à nouveau, revenues sur chacun des entretiens afin de mettre en tableau les citations de chacun selon nos thèmes et dimensions. Ce tableau n'apparaît pas dans notre travail, mais il a été pour nous un outil essentiel, car les citations étaient déjà mises en évidence, nous avons donc pu nous y



référer tout au long de l'analyse.

## **2.6 Analyse critique**

Dans un premier temps, nous avons pu trouver de nombreux articles concernant le milieu carcéral et les soins y relatifs. Nous avons ensuite ciblé nos recherches sur le sujet de la prévention auprès de la population toxicomane, qu'elle soit détenue ou non. Nous avons également appuyé nos connaissances en faisant appel à des auteurs de référence, notamment en ce qui concerne la prévention primaire et ses modalités.

Toutefois, la difficulté a été de trouver de la littérature spécifique à la prison de Champ-Dollon concernant notre problématique. Les soignants que nous avons rencontrés nous ont fourni des documents internes. Par la suite, nous avons su aiguiller nos recherches et utiliser des documents pertinents qui ont servi de support à notre cadre de références.

Comme nous l'avons expliqué précédemment, tous nos interlocuteurs, sauf le médecin, nous ont été proposés par l'infirmière responsable du service. Ces infirmiers n'étaient pas spécialisés dans le domaine de la prévention et nous avons appris, au contact des personnes interviewées, que l'équipe infirmière en comportait en son sein. Bien entendu, tous les soignants que nous avons interviewés étaient qualifiés et ont su nous apporter des éléments de réponse intéressants. Cependant, nous nous demandons si le résultat de ces entretiens aurait été différent, si nous avions pu nous entretenir avec les infirmiers spécialisés dans le domaine de la prévention.

De plus, nos résultats se basent sur quatre entretiens, ce qui ne représente qu'un petit échantillon, ainsi la significativité de ces résultats est relative. Toutefois, il ne faut pas oublier que l'équipe soignante de Champ-Dollon comporte quinze infirmiers et deux médecins responsables. Au vu de cette proportion, nous pouvons quand même juger notre échantillon représentatif.

Nous avons envoyé le guide d'entretien à chacune des personnes interviewées. Cela a permis, pour celles qui ont souhaité en prendre connaissance avant de nous rencontrer, de se familiariser avec notre problématique et peut-être de penser à certains éléments de réponses auxquels elles n'auraient pas pensé si elles n'avaient pas pu préparer cet entretien.

D'un autre côté, nous nous demandons si cette préparation n'a pas pu orienter les

réponses en permettant à la personne d'adapter ses propos. En effet, lors de certains entretiens, y compris l'entretien exploratoire, nous avons eu, toutes les deux, le sentiment que notre interlocuteur gardait la maîtrise de ses propos. En effet, nous avons eu l'impression que l'infirmier minimisait au maximum l'impact et la spécificité de la prison sur les soins et plus spécifiquement sur la prévention, allant jusqu'à nous dire qu'il n'y avait aucune différence avec l'extérieur. À la fin de cet entretien, nous nous sommes même demandées si notre problématique avait un sens et si nous n'étions pas simplement influencées par nos représentations quant au milieu carcéral et qu'en effet celui-ci n'avait rien de spécifique ou de différent.

Il est également important de rappeler que tous nos interlocuteurs sont employés par une institution, dont ils véhiculent l'image et les valeurs. Bien qu'ils parlent en leur nom, ils représentent cette institution, ce qui peut donc influencer leurs propos en formatant leur discours.

Nous sommes conscientes du fait que certains entretiens ont pu être biaisés et nous en tenons compte dans notre grille de lecture.

## 3. Cadre de références

### 3.1 La prévention primaire

Nous allons tout d'abord définir, de manière générale, la notion de prévention, puis la notion de prévention primaire, que nous allons mettre en lien avec le contexte de la prison préventive et plus spécifiquement auprès de la population toxicomane.

Dans leur ouvrage, trois auteurs définissent la prévention, il s'agit de Tessier, médecin de santé publique, Andréys, directeur d'un centre de rééducation, ainsi que Ribeiro, infirmière cadre supérieur de santé. Leur définition est la suivante:

La prévention regroupe l'ensemble des mesures qui visent à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies et, plus largement tous les problèmes de santé. La prévention est du ressort de la collectivité qui seule peut associer une connaissance des phénomènes mettant en jeu la santé des individus à la mobilisation des moyens d'information, des dépistages ou de prise en charge. Mais en dernier ressort elle est du registre individuel dans la mise en œuvre de comportements spécifiques par chaque individu. (Tessier, Andréys & Ribeiro, 2004, p.91)

Knüsel, professeur en sociologie (2002) décrit des stratégies de prévention selon deux concepts que sont la conception globalisante, «en modifiant les conditions générales de l'environnement», ainsi que la conception restreinte «en cherchant à obtenir des changements dans les comportements individuels». Nous allons revenir, plus tard, sur ces deux conceptions en les mettant en lien avec notre problématique.

Le terme de prévention est souvent réduit à la notion de prophylaxie (ou prévention primaire) or: «L'OMS décompose la prévention sur trois niveaux : la prévention primaire (...); la prévention secondaire (...); la prévention tertiaire (...).» (Knüsel, 2002).

La prévention primaire «a pour objectif de diminuer l'incidence d'une maladie (nouveaux cas) dans une population. Elle se situe en amont de l'apparition de la maladie. (...) [elle] cherche à diminuer l'exposition de la population aux divers facteurs de risque» (Tessier et al., 2004, p. 91).

La prévention secondaire «vise à diminuer la prévalence (nombre total de cas) d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée de son évolution. Elle se situe idéalement au tout début de la maladie déclarée. Elle exige un diagnostic précoce et un traitement rapide des pathologies» (Tessier et al., 2004, p. 94).

La prévention tertiaire «a pour objectif de diminuer la prévalence des incapacités chroniques dans une population en diminuant les invalidités fonctionnelles consécutives à une maladie. Elle empêche les rechutes et réduit les complications ou les séquelles ...» (Tessier et al., 2004, p. 95).

Bien que les préventions secondaires et tertiaires soient fondamentales au sein de la prison, nous allons nous intéresser exclusivement, dans le cadre de notre travail, à la prévention primaire. Nous nous intéressons aux comportements à risque chez les usagers de drogues et à la prévention qui permet de prévenir la survenue de maladies infectieuses, à savoir la prévention primaire, dans laquelle le rôle propre infirmier y est essentiel. Pour ce qui concerne notre population-cible, un des outils principaux utilisés dans le cadre de la prévention primaire est la notion de réduction des risques. «Le programme de réduction des risques consiste donc à faire en sorte que l'usage de produit, même s'il est illégal, n'expose pas la personne à des conséquences immédiates redoutables» (Tessier et al., 2004, p. 295).

Nous pensons que le milieu carcéral actuel entraîne un risque accru de transmission de maladies infectieuses, telles que les hépatites B et C et le VIH. La surpopulation et la promiscuité que cette dernière entraîne, la prévalence élevée de ces maladies, l'enfermement et le partage de matériel (seringues, rasoirs, brosses à dent, etc.) représentent des facteurs de risque sur lesquels nous pouvons agir à travers la prévention primaire. Nous reprendrons et développerons ces différentes thématiques par la suite.

Puisque que notre problématique concerne l'impact de l'environnement, qu'est le milieu carcéral, sur les stratégies de prévention primaire, il semblerait pertinent de se concentrer sur la conception globalisante décrite par Knüsel (2002), «en modifiant les conditions générales de l'environnement» qui représentent des facteurs de risque quant à la survenue des maladies infectieuses, telles que la surpopulation carcérale, la promiscuité, etc. Cependant dans la situation carcérale, les soignants n'ont pas le pouvoir d'agir sur l'environnement, celui-ci relevant de l'autorité pénitentiaire. Leur champ d'action s'axe donc sur le changement des comportements à risque, à savoir la prévention primaire

selon la «conception restreinte» définie par Knüsel (2002).

«[La prévention primaire] entend sensibiliser l'individu aux avantages du bien-être ou aux risques de certains comportements avant qu'ils n'existent» (Knüsel, 2002).

La prévention primaire se fait par le biais de différentes techniques, stratégies et supports, que nous allons décrire, en fonction du rôle infirmier.

### **3.1.1 Comment faire passer le message**

Comme nous l'explique Sancho-Garnier, professeur de santé publique (2007), la prévention primaire se fait, en première intention, par le biais d'informations générales véhiculées à travers des brochures informatives, elles-mêmes construites par du texte et/ou des images, des posters; ainsi qu'à travers l'information orale (p. 23-26).

À Champ-Dollon, il existe des brochures informatives distribuées aux détenus dès leur arrivée en prison. Ces brochures abordent les maladies infectieuses et la prévention y relative. Nous détaillerons le contenu de ces brochures dans le chapitre concernant la prévention primaire à Champ-Dollon. Pour ce qui est de l'information orale, des messages de santé sont diffusés sur le canal-info télévisuel de Champ-Dollon.

«Mais si informer est indispensable, cela est insuffisant pour modifier les comportements, ce qui est pourtant l'objectif de la prévention» (Sancho-Garnier, 2007, p. 19).

En effet, selon nous, une information diffusée à travers une brochure, ne suffirait pas à impliquer le détenu dans un changement de comportement, car nous pensons qu'il est essentiel de partir de ses connaissances, représentations et besoins pour rendre la prévention efficace. En outre, l'information écrite ne tient pas compte de la capacité de compréhension (problème de langue et/ou de lecture), ni des ressources de la personne, telles que son réseau – aussi bien familial, social que médical – et de ses compétences propres, qu'elles soient cognitives, émotionnelles ou même physiques.

Une différence doit être faite entre communication et information, qui sont souvent utilisées à tort comme synonymes. Toute communication contient inévitablement de l'information, mais pas uniquement. Elle utilise une série de "codes" de références qui permettent à l'émetteur et au récepteur d'entrer en communication. (Sancho-Garnier, 2007, p. 19)

### **3.1.2 Comment faire changer les comportements**

Il faut savoir que la communication peut se faire en groupe ou de façon individuelle.

La prévention effectuée auprès d'un groupe d'interlocuteurs concernés par une même problématique de santé apporte de nombreux avantages, elle permet l'échange d'idées, d'informations, ainsi que de créer des débats.

En effet, Tessier (2012) nous explique que celle-ci permet de:

- s'extraire du problème personnel ... le travail collectif permet aux personnes de prendre du recul par rapport à leur souffrance et leurs inquiétudes, en réalisant qu'elles partagent leur destin avec d'autres.
- travailler sur les représentations partagées ... C'est sur ce fond commun qu'il est nécessaire d'agir pour pouvoir aider à modifier les comportements, à la condition que les participants constatent que le fond commun évolue selon les échanges entre eux, qu'il s'enrichit des apports des uns et des autres, et pas seulement de celui du professionnel.
- construire un discours commun: cette construction permet de structurer des étayages que la personne pourra mobiliser lorsqu'elle se retrouve seule face à ses choix de comportements.
- faire entrer le comportement dans la norme de groupe ... il sera beaucoup plus aisé pour les personnes d'adopter ce comportement.
- identifier les personnes ressources: il y a toujours dans un groupe quelqu'un qui connaît plus de choses que les autres. Savoir de qui il s'agit et prendre son contact pour pouvoir s'adresser à lui en cas de besoin peut être d'un très grand secours ...
- dédramatiser ... le collectif en éducation non formelle ... est ludique, convivial et permet de dédramatiser les situations, donc de pouvoir en parler sereinement. (p. 50-51)

Dans un premier temps, nous nous interrogeons au sujet de la possibilité d'effectuer des groupes d'information à Champ-Dollon, autour du thème de la prévention étant donné l'aspect sécuritaire qu'exige ce milieu. En effet, cette méthode demanderait, probablement un nombre important de gardiens, afin d'assurer la sécurité, ce qui nous paraît impossible vu les conditions actuelles de surpopulation, sur lesquelles nous reviendrons plus tard. D'ailleurs, lors de notre entretien exploratoire, l'infirmier que nous avons interviewé nous a

confirmé qu'il est effectivement impossible d'effectuer de la prévention en groupe, tout du moins auprès de la population masculine, du fait du risque encouru en matière de sécurité.

La communication individuelle, dans la prévention primaire, peut se faire via des entretiens infirmiers individualisés qui, donc, permettent de partir des connaissances, des représentations et surtout des besoins personnels de la personne à qui ils s'adressent.

Il existe différentes techniques d'entretien infirmier dans la prévention primaire. En l'occurrence, nous allons développer l'entretien motivationnel, qui trouve sa pertinence dans notre problématique. En effet «L'EM [Entretien Motivationnel] est présenté comme l'intervention thérapeutique la plus performante pour faire progresser les patients souffrant d'addictions liées à l'alcool (Monti et coll., 1999), au tabac (Colby et coll., 2004), aux drogues (McCambridge et Strang, 2004) ou dans la prévention de la prise de risque (Johnston et coll., 2002)» (Golay, Lager & Giordan, 2010, p.72).

Ces trois auteurs Golay, médecin chef du service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, Lager, docteur en sciences et Giordan, directeur du laboratoire de didactique et épistémologie des sciences nous expliquent que l'entretien motivationnel a pour but de permettre au patient de trouver un nouvel équilibre. Il s'agit d'un entretien semi-directif, centré sur la préoccupation du patient. Le rôle du soignant s'inscrit dans une démarche de guidance qui a pour but d'engendrer un changement (Golay & al., 2010, p. 72). En outre, «l'entretien motivationnel est d'abord un état d'esprit, un style relationnel en opposition au style frontal encore trop fréquent dans la relation patient-soignant» (Golay & al., 2010, p.71).

Pour ce faire, les soignants peuvent utiliser le modèle conceptuel de Prochaska et Di Clemente au sujet de la «roue du changement» qui implique un processus évolutif dans le changement. Ainsi la prise en charge infirmière doit s'adapter au stade du changement dans lequel se trouve le détenu, mais également à ses besoins et à ses ressources.

Nous allons maintenant vous présenter le modèle transthéorique du changement:

### ***3.1.3 La roue du changement selon Prochaska et Di Clemente***

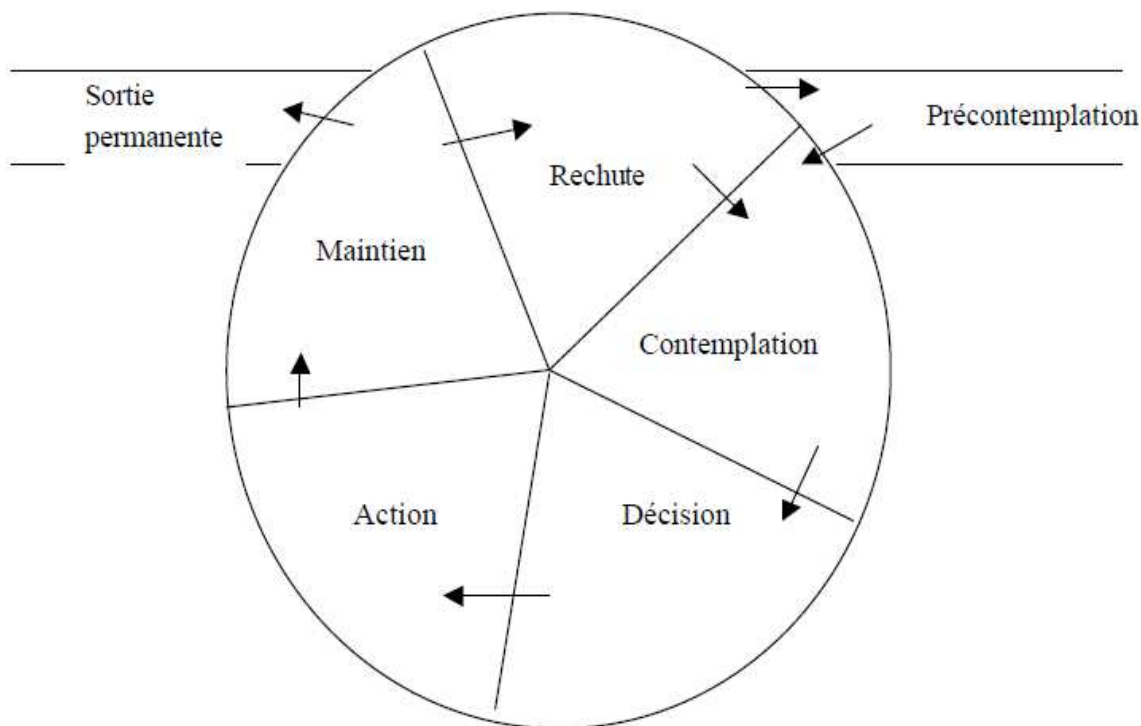
Le «modèle transthéorique du changement proposé par les docteurs James Prochaska et Carlo DiClemente (1982) ... suggère que les personnes aux prises avec un comportement de dépendance passent à travers une série de stades (Précontemplation, Contemplation,

Décision, Action, Maintien, Rechute)» (Rossignol, 2001, p. 20).

Il est essentiel de re-préciser que notre problématique concerne la transmission des maladies infectieuses et non pas la consommation de drogues en elle-même. De ce fait, lorsque nous parlons de changement, nous faisons référence au changement des comportements à risque de transmission de ces maladies et non pas à l'arrêt de la consommation. Utiliser la "roue du changement" pour un changement de comportements qui peut sembler anodin (participer au programme d'échange de seringues) pourrait se justifier par les résistances que peut opposer le détenu. En effet, à ce sujet Golay et al. expliquent

Dans une situation thérapeutique, le patient a tendance à entrer naturellement et systématiquement en résistance .... Lorsqu'un événement menace ou réduit sa liberté, l'individu réagit aussitôt pour tenter de restaurer son sentiment de liberté, par là il s'oppose à tout changement. En d'autres termes, l'attrait pour un comportement pervers augmente lorsque la liberté d'agir et l'autonomie sont menacées. (Golay et al., 2010, p. 75)

Nous allons maintenant vous exposer les différents stades du changement décrits par Proshaska et Di Clemente et développer les interventions infirmières y relatives.



Tiré de: Rossignol, 2001



En préambule, «il est à noter que les personnes ne traversent pas ces stades de façon uniforme» (Golay & al., 2010, p. 78). C'est-à-dire que le chemin pour parvenir au changement n'est pas linéaire, le patient peut revenir au stade précédant celui où il se trouve et ce, à tout moment. Dans cette idée, la rechute fait partie du processus et il est important que les soignants en tiennent compte dans leurs interventions en ne culpabilisant pas le patient et en valorisant ses efforts et ses capacités.

Le stade de **précontemplation**: phase précédant l'idée de changer où la personne ne perçoit aucun besoin de modifier son comportement.

Le stade de **contemplation**: phase de prise de conscience du problème qui coïncide avec le développement d'un sentiment d'ambivalence au regard du changement.

Le stade de **détermination (ou décision)**: phase d'orientation vers la réduction de l'ambivalence et le désir de changer.

Le stade d' **action**: phase où la personne adopte des moyens pour changer.

Le stade du **maintien**: phase de persévérance de la personne dans son désir de changer et dans l'adoption des mesures nécessaires à une action à long terme.

Le stade de **rechute**: phase où la personne retombe dans ses habitudes antérieures et doit recommencer le processus de changement (Phaneuf, 2006, p.8).

Nous trouvons intéressant d'illustrer ces différents stades au regard de la spécificité de notre population-cible dans le milieu carcéral.

Lorsque le détenu se trouve dans le stade de la précontemplation, il ne pense pas à changer ses comportements à risque et ne sait peut-être même pas qu'il en a. D'autant plus que sa présence en prison n'a aucune visée thérapeutique. De ce fait, nous supposons que, dans le milieu carcéral, les soignants sont plus souvent confrontés à des détenus qui se trouvent dans ce stade.

Dans le stade de la contemplation, le détenu se rend compte qu'il adopte des

comportements à risque quant à la transmission de maladies infectieuses. Or il est dans l'ambivalence au sujet de la décision de participer ou non au programme d'échange de seringues, par exemple.

Puis, arrive le stade de la décision, durant lequel le détenu décide de participer au programme d'échange de seringues, est attentif à ses comportements à risque et met en place des stratégies afin de favoriser l'action.

Une fois la décision prise, l'action est entamée avec le soutien des soignants. Le détenu participe activement au programme d'échange de seringues et évite les comportements à risque.

Dans le stade du maintien, le détenu continue sa participation au programme d'échange de seringues, même une fois sorti de prison, il va aller à la Navigation, par exemple (réseau ambulatoire appartenant aux Hôpitaux Universitaires de Genève, qui permet le suivi de patients et qui s'occupe du traitement des co-morbidités en lien avec la toxicomanie et offre des traitements de substitution ainsi que des thérapies complémentaires (Dubois-Ferrière, Giobellina & Gonzales, 2002, p.15)). De plus, il a identifié les facteurs favorisant une éventuelle rechute et a mis en place des stratégies afin de parer à cette éventualité.

Et enfin, le stade de la rechute, où le détenu recommence à adopter des comportements à risque. Nous imaginons que cela survient le plus souvent, une fois sorti de prison, en raison de la réadaptation à la liberté.

Il est essentiel de préciser que tout changement découle de la motivation intrinsèque de l'individu. Or, le soignant peut influencer la motivation du patient de manière favorable ou non. De ce fait, il est attendu du soignant qu'il adopte des stratégies d'intervention cohérentes et adaptées au patient – en tant qu'individu – et au stade de changement dans lequel ce dernier se situe.

Voici un tableau qui résume l'attitude que doit adopter le soignant lors de chacune de ces phases, selon Golay et al. (2010, p. 79):

<b><i>Étapes de changement</i></b>	<b><i>Tâches de l'intervenant</i></b>
Précontemplation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire prendre conscience aux patients des risques encourus et des problèmes que lui occasionne son comportement</li> <li>• Faire exprimer les croyances de santé</li> </ul>
Contemplation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discuter des avantages et des désavantages d'un changement ainsi que des avantages et des désavantages du statu quo</li> </ul>
Décision	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider le patient à déterminer les pas, les actions qu'il veut prendre, à définir des objectifs atteignables</li> </ul>
Action	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider le patient à effectuer ces premiers pas, à identifier les succès et les difficultés</li> </ul>
Maintien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider le patient à identifier et mettre en pratique des stratégies de prévention de la rechute</li> </ul>
Rechute	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider le patient à entamer de nouveau les étapes précédentes tout en l'encourageant à se remémorer ses succès passés et renégocier des objectifs atteignables</li> </ul>

### **3.1.4 Alliance thérapeutique**

Comme nous venons de le voir, l'infirmier a un rôle essentiel dans l'accompagnement du patient dans son processus de changement des comportements à risque dans la

transmission des maladies infectieuses.

Afin que cet accompagnement puisse être des plus efficaces, la relation d'aide doit se baser sur une alliance thérapeutique.

«Un ensemble d'études montre en effet qu'elle [l'alliance thérapeutique] est un prédicteur de l'efficacité thérapeutique, toutes formes de thérapies confondues» (Collot, 2011, p. XI).

Pour le soignant elle est une condition nécessaire pour aider le patient à progresser dans un processus de changement .... L'alliance se consolide au fur et à mesure qu'avance la prise en charge et à partir d'où est le patient c'est-à-dire en regard de ses problèmes et représentations. Le soignant tente pour la créer de ressentir et partager ses émotions, à savoir démontrer l'empathie .... Il faut cependant préciser que l'alliance thérapeutique n'est pas toujours suffisante pour induire un changement. En effet elle en est simplement le vecteur. (Guex-Joris, 2006, p.34)

Ces propos mettent en avant la spécificité du rôle infirmier, ainsi que l'importance de l'alliance thérapeutique. Cette dernière est essentielle auprès des patients d'une manière générale. Selon nous, elle aura d'autant plus de difficultés à se créer auprès des détenus usagers de drogues, qu'ils ne sont pas dans un contexte hospitalier et qu'ils n'ont pas d'objectifs thérapeutiques en première intention. Cet élément est un des points importants de notre problématique, nous y reviendrons donc lors de l'analyse des résultats de notre enquête.

## **3.2 La prévention primaire à Champ-Dollon**

Nous allons maintenant expliciter toutes les mesures de prévention primaire actuellement mises en place à la prison de Champ-Dollon. Bien que nous en ayons déjà abordé quelques unes, il nous semble essentiel de les faire figurer dans un même chapitre afin d'en avoir un compte rendu regroupé.

Selon le service médical de Champ-Dollon, l'éducation et la prévention font partie des rôles primordiaux de l'infirmier. À Champ-Dollon, la prévention se fait particulièrement auprès de patients présentant des maladies chroniques et de ceux qui ont des

comportements à risque. L'objectif est de donner aux détenus l'information pour qu'ils se maintiennent en santé, qu'ils prennent conscience du problème et qu'ils trouvent des comportements adaptés (communication personnelle [Polycopié], 14 février 2013).

La consommation de drogues est une problématique de santé à la prison de Champ-Dollon, en effet selon Ducret (2011), «Tous les dossiers médicaux ont été revus en 2007 et il est apparu que 46% des détenus de Champ-Dollon connaissaient un problème de drogues, soit le cannabis, soit l'héroïne, soit la cocaïne» (p. 27).

Nous allons nous intéresser à des drogues injectables ou "sniffables" comme l'héroïne et la cocaïne, qui sont le plus fréquemment utilisées dans la population toxicomane de Champ-Dollon. Nous nous intéressons à ces drogues en particulier, car elles représentent un facteur de risque important dans la transmission des maladies infectieuses de part leurs voies d'administration.

Notre problématique s'axe sur la prévention primaire concernant la transmission des maladies infectieuses et non l'arrêt de la consommation de drogues. De ce fait, nous allons nous concentrer sur les stratégies de prévention concernant la transmission des maladies infectieuses auprès de la population toxicomane, et cela à travers la politique de la drogue. Celle-ci s'axe sur quatre piliers: la prévention primaire, les traitements, la réduction des risques et la répression du trafic (Tessier et al., 2004, p.288).

Au sein de la prison de Champ-Dollon, la réduction des risques repose sur une approche interdisciplinaire de cinq groupes d'activités complémentaires:

1. programme de remise et d'élimination du matériel
2. traitement basé sur la substitution
3. suivi épidémiologique des produits consommés
4. information / éducation des usagers
5. formation du personnel. (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2012)

Dans un premier temps, nous souhaitons nous pencher sur les règles d'hygiène de base qui concernent la population globale de Champ-Dollon, telles que le lavage des mains, la sensibilisation quant aux risques du partage de matériel de toilette (par exemple les rasoirs et les brosses à dents), l'utilisation de préservatifs au cours de contacts sexuels et la connaissance des pratiques sexuelles à risque (cunnilingus en présence de règle, fellation sans préservatif avec éjaculation buccale, etc.).

Cette prévention se fait par le biais de supports tels que des brochures informatives distribuées aux détenus dès leur arrivée en prison. Ces brochures abordent les maladies infectieuses (hépatites et VIH), leurs traitements possibles en prison et leurs modes de contamination. Elles offrent des directives quant aux injections et aux pratiques sexuelles à moindre risque, ainsi que des informations quant aux problématiques de santé (troubles du sommeil, mycoses, chaleur, etc.). Elle comprend également une partie au sujet de la sortie de prison. (Groupe sida Genève, S.d.).

De plus, comme dit précédemment, des messages de santé sont diffusés sur le canal-info télévisuel de Champ-Dollon.

Il nous semble pertinent de revenir sur le sujet de la sexualité. Comme mentionné précédemment la prévention des rapports sexuels à risque se fait, outre l'information, par le biais de l'utilisation de préservatifs. À Champ-Dollon, les préservatifs étaient distribués à chaque détenu dès son arrivée en prison, ce qui a suscité de nombreuses réactions négatives de la part des détenus. En effet, comme il nous a été expliqué lors de notre entretien exploratoire: «il y a eu des réactions assez fortes, des détenus en colère, qui avaient peur et qui se disaient, mais mon dieu où est-ce que j'ai mis les pieds?» (communication personnelle [entretien exploratoire] 23 mars 2012). De ce fait, l'équipe soignante a été amenée à apporter des modifications, aujourd'hui les détenus ne reçoivent plus de préservatifs d'office. Notre interlocuteur nous dit que les préservatifs se trouvent dans un panier devant le service médical, les détenus y ont accès par le biais d'une demande écrite formulée à ce même service (communication personnelle [entretien exploratoire] 23 mars 2012).

Nous nous interrogeons au sujet de l'efficacité d'une telle mesure, d'autant que lors de notre entretien exploratoire, il nous a été signifié qu'il y avait très peu de demandes formulées au service médical (communication personnelle [entretien exploratoire], 23 mars 2012). Nous pensons que, premièrement, formuler une demande écrite pour obtenir un préservatif peut porter atteinte à l'intimité de l'individu, qui ne souhaite pas forcément révéler un acte si personnel. Deuxièmement, la prison n'étant pas mixte, lorsqu'un détenu homme demande un préservatif pour un rapport sexuel, il est évident que le rapport sera homosexuel, ce qui représente un tabou à franchir par le détenu. Comme le dit Langlet (2008), « prendre des préservatifs n'est pas un geste anodin pour beaucoup de détenus, il peut lever le tabou des rapports sexuels en prison. Un tabou d'autant plus lourd que le contexte carcéral accentue les réactions homophobes » (p. 15). Et enfin, selon nous, le caractère programmé de cette demande va à l'encontre de la spontanéité de l'acte sexuel,

au risque de passer à l'acte sans attendre l'accès aux préservatifs.

Cela dit, il se peut également que le nombre de demandes soit faible, en raison d'un taux bas de rapports sexuels entre les détenus. Nous reviendrons sur cette problématique lors de l'analyse.

Dans un deuxième temps, il y a les règles d'hygiène spécifiques aux usagers de drogues dans la prévention de la transmission des hépatites B et C et du VIH, telles que l'éducation aux gestes aseptiques lors de toute injection, la sensibilisation aux risques du partage de matériel (seringues et pailles à sniffer souillées), le programme d'échange de seringues et les règles de sécurité que celui-ci implique, ainsi que le programme de substitution par méthadone (opiacé de synthèse) qui, du fait de son administration per os, empêche toute transmission via les liquides biologiques. D'après le cours de Musset, ce traitement de substitution induit des interactions avec les thérapies anti-sida, la Buprénorphine (Temgesic ®), ainsi qu'avec les traitements contre la tuberculose. Lorsqu'un usager de drogues est traité par l'un de ces médicaments, la substitution se révèle impossible (communication personnelle [Polycopié], 14 novembre 2012).

Ces mesures de prévention s'accompagnent de la possibilité de bénéficier d'entretiens individuels avec un infirmier, sur la demande du détenu.

### ***3.2.1 Le programme d'échange de seringues***

Une stratégie de prévention plus spécifique à la population toxicomane sur laquelle nous avons choisi de nous axer est le programme d'échange de seringues.

Les premiers programmes d'échange de seringues ont été mis en place en 1992, en Suisse, à Berne et à Soleure, suite à l'initiative personnelle d'un médecin. Il a débuté les échanges de seringues avec les détenus de manière "illégale", puis ses activités ont été révélées et ce médecin a pu argumenter et convaincre le directeur de l'établissement de mettre en place un programme d'échange de seringues. En 1996, ce programme a été mis en place à la prison de Champs-Dollon (Ban public, 2006).

Puis, ce programme s'est mis en place dans divers pays. Cela dit,

certains de ces programmes d'échange de seringues ont connu une existence éphémère, comme en Allemagne (où il n'en subsiste qu'un seul,

dans la prison de Berlin, sur 6 mis en place) et en Iran (où les 3 programmes pilotes mis en place en 2005/2006 dans les prisons de Téhéran, Ispahan et Hamadan, ont été interrompus en 2011). (Obradovic, 2012, p.4)

Nous constatons que la Suisse a été avant-gardiste par rapport à ce type de stratégies et a su maintenir ce programme. Du fait du recul qu'elle a aujourd'hui, ainsi que des études effectuées, la Suisse a les éléments qui lui permettent d'améliorer ce programme et de l'adapter au regard des conclusions issues de ces études.

Les difficultés liées à la mise en place d'un tel programme bousculent les valeurs d'une société qui interdit la consommation de drogues. De plus, il y a un aspect paradoxal dans la distribution de seringues, perçue par certains comme une incitation. Ce paradoxe est renforcé dans le milieu carcéral, par la "contradiction" entre la répression du trafic (qui condamne les usagers) et cette "aide" à la consommation.

Pourtant:

La drogue circule entre les murs de toutes les prisons du monde, c'est une réalité! s'exclame le Dr Hans Wolff, médecin adjoint et responsable du projet. Les gens vont de toute manière se droguer alors, au moins, qu'ils le fassent proprement et sans risques d'infection. (Toninato, 2011)

De plus,

Les PES [programmes d'échange de seringues] s'avèrent donc faisables et efficaces dans divers types d'établissements pénitentiaires, à la fois du point de vue de l'incidence du VIH et du VHC, de la prévalence des comportements à risque vis-à-vis du VIH et du VHC, de la mortalité des détenus, de leur accès des détenus aux soins, aux traitements et aux services d'accompagnement et de la sécurité au sein des établissements. Aucune étude ne relève de conséquences négatives (attendues ou non attendues) liées à la mise en place de PES en détention (Obradovic, 2012, p.8).

Il existe différentes méthodes pour ce programme d'échange de seringues selon les différentes prisons: distribution en mains propres par des infirmiers ou des médecins de l'établissement, distributions aux pairs par les détenus, distribution en mains propre par des professionnels de la santé externe à la prison, ou encore des distributeurs automatiques (Lines et al., 2004; Thomas, 2005, cités par Obradovic, 2012, p.6).



Chacune de ces méthodes impliquent des avantages et des inconvénients que nous reprendrons plus tard dans l'analyse.

En l'occurrence, à la prison de Champ-Dollon, l'échange de seringues se fait uniquement par le biais du personnel soignant de l'établissement.

Une procédure est mise en place à Champ-Dollon. Tout d'abord le programme d'échange de seringues se fait à la demande du détenu. La première fois, ce programme s'accompagne d'une consultation médicale, où le soignant aborde avec le détenu ses habitudes de consommation, lui propose des alternatives (méthadone, sevrage). Si le détenu refuse les alternatives et souhaite participer au programme d'échange de seringues, il va recevoir des informations concernant les règles d'hygiène, de sécurité et de discrétion. Par exemple, le détenu va être informé sur les normes d'hygiène quant au lavage des mains, l'interdiction d'échanger les seringues entre détenus, l'obligation de rendre le matériel et de ne pas le laisser traîner, etc. (Frtunic-Despotovic, Rieder & Wolff, 2010).

Le patient va recevoir une boîte "flash", contenant des tampons stériles, du désinfectant, deux seringues et une boîte en plastique où il devra déposer sa seringue une fois utilisée.



Tiré de: Frtunic-Despotovic, Rieder & Wolff, 2010

La thématique du programme d'échange de seringues est une des stratégies de prévention primaire primordiale dans le cadre de notre travail, nous en aborderons l'impact en termes d'efficacité et de difficultés au cours de l'analyse.

## 3.3 La prison de Champ-Dollon

### 3.3.1 Description

Toutes ces informations sont tirées du Rapport d'activités 2012 à Champ-Dollon, effectué par le Département de la sécurité (2013).

La prison de Champ-Dollon est une prison préventive. Elle a ouvert ses portes en 1977, elle se situe à Puplinge et peut accueillir théoriquement 376 personnes depuis la création de l'aile «est» en août 2011.

La prison de Champ-Dollon, [...] a pour principale mission de détenir des personnes placées en détention avant jugement.

En application de l'art. 1 du règlement sur le régime intérieur de la prison et le statut des personnes incarcérées du 30 septembre 1985 (RRIP F 1 50.04), elle reçoit : des prévenus; des condamnés en attente de transfert; des détenus à titre extraditionnel; des personnes à incarcérer sur ordre des autorités fédérales; des personnes condamnées en application du droit pénal ordinaire ou du droit pénal militaire à une peine d'arrêt ou d'emprisonnement de trois mois au plus, ou encore qui doivent subir un solde de peine d'une durée inférieure à trois mois au plus, pour autant qu'elles ne puissent être placées dans un établissement affecté aux courtes peines. (Département de la sécurité, 2013)

De manière exceptionnelle, l'établissement peut également accueillir des détenus d'autres cantons. Auparavant, plusieurs mineurs ont été incarcérés à Champ-Dollon, mais depuis mai 2006, cela n'est plus possible.

L'établissement est réparti en quatre zones géographiques:

- la prison, située à Puplinge.
- l'unité cellulaire hospitalière (UCH), située aux HUG dispose de cinq chambres, chacune composée de deux lits. Ce service permet aux détenus de recevoir des soins médicaux et chirurgicaux.
- l'unité cellulaire psychiatrique (UCP), située dans le domaine de Belle-Idée dispose de sept chambres individuelles. Les détenus peuvent y recevoir des soins et des traitements psychiatriques.

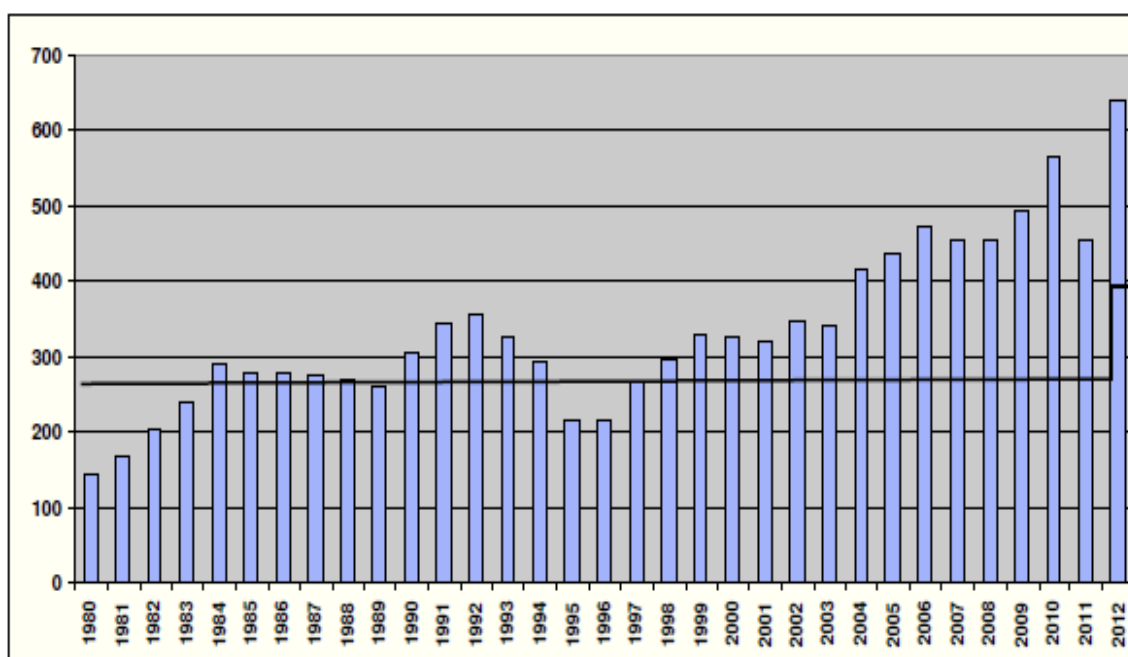
– les Violons du Palais de Justice (VPJ), situés en centre-ville, ont pour but de maintenir les personnes en attente d’une première comparution devant le Tribunal des mesures de contraintes. C’est un centre d’attente. Lorsque le Tribunal confirme la détention provisoire, le détenu est alors transféré à Champ-Dollon.

La prison de Champ-Dollon est l’unique prison suisse qui offre une présence médicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Par ailleurs, au sein de l’établissement se trouvent également un groupe socio-éducatif, des services religieux et une bibliothèque.

Ces quatre services sont indépendants de l’institution de la prison. En effet, les prestations médicales sont sous la direction des HUG et sont indépendantes des autorités pénitentiaires et judiciaires.

Comme dit précédemment, la prison de Champ-Dollon peut recevoir, 376 détenus. Cependant, la surpopulation est un problème récurrent depuis quelques années dans cet établissement de détention.

Voici un graphique qui montre le nombre moyen de détenus de 1980 à 2012.



Tiré de: Département de la sécurité, 2013

Jusqu’en août 2011, la capacité de la prison était de 270 places. On voit en effet que jusqu’en 1989 le nombre moyen de détenus reste proche des 270. En revanche, dès 1997 ce nombre ne cesse d’augmenter, jusqu’à arriver à presque 600 détenus en 2010.

«L'année 2012 établit un nouveau record absolu avec un nombre moyen de 641 détenus ... » (Département de la sécurité, 2013).

Le 14 décembre 2012, un article paraît dans la Tribune de Genève, mentionnant que la prison de Champ-Dollon a reçu jusqu'à 728 détenus, pour une capacité d'accueil de 376 places.

Selon Jen-Hess (2012), afin de répondre à cette problématique de surpopulation, l'ouverture d'une structure pour les détenus souffrant de troubles psychiques sévères, Curabilis, offrira 92 places. De plus, le Conseil d'État, prévoit la construction d'une seconde prison, d'ici 2017, qui offrira 405 places supplémentaires.

Cette problématique de surpopulation au sein de la prison de Champ-Dollon entraîne une promiscuité importante entre les détenus, ce qui représente un facteur de risque supplémentaire pour la transmission des maladies infectieuses. En effet, «une promiscuité qui peut encourager le partage de matériel contaminant – notamment au VHC – comme des ustensiles de toilettes (rasoir, brosse à dents...) mais qui surtout n'est pas propice aux actions de prévention» (Langlet, 2008, p. 14). De plus, cette surpopulation va également, d'après nous, influencer significativement la prévention primaire. En effet, les conséquences de la surpopulation vont amener les soignants à, non seulement modifier le type de prévention et les supports utilisés, mais aussi à réévaluer l'importance de cette dernière au regard des urgences médicales. En effet, nous pensons qu'il est difficile pour les soignants de proposer des entretiens individualisés autour de l'éducation à la santé, étant donné le temps nécessaire qu'un tel soin requiert, au regard du nombre total de détenus actuellement. De plus, comme nous l'avons dit précédemment, nous savons que le contexte de la prison empêche la possibilité d'effectuer de la prévention primaire auprès de groupes de détenus, de part l'aspect sécuritaire. De ce fait, nous nous demandons si, dans ces conditions, la prévention ne se ferait pas quasi exclusivement par le biais de brochures informatives.

La population de Champ-Dollon, en 2012, comptait 95,7% d'homme. 47,2% des détenus sont âgés de moins de 30 ans et 23,3% ont moins de 23 ans (Département de la sécurité, 2013).

En 2012, 109 nationalités étaient représentées à Champ-Dollon. Plus de 39,3% des détenus sont d'origine africaine (dont 20,2% d'Afrique du Nord). 29,4% des détenus sont originaires de l'Europe de l'Est, des Balkans, du Caucase ou de la Russie. 12,4% des

détenus proviennent de l'Union Européenne et 4,9% du Moyen-Orient. Les détenus de nationalité suisse représentent 8.7% (Département de la sécurité, 2013).

La multiplicité des nationalités des détenus doit être prise en compte dans la mise en place de la prévention des maladies infectieuses auprès de notre population-cible. Champ-Dollon compte une forte majorité d'étrangers, dont un grand nombre ne maîtrise peut-être pas la langue française. Nous pouvons donc penser que cette maîtrise insuffisante de la langue ne leur permet pas d'apprécier pleinement des conseils et de l'accompagnement, ainsi que des informations écrites issues de la brochure, à moins que ces dernières ne soient traduites dans les langues les plus représentées au sein de la prison de Champ-Dollon.

La durée de séjour était en moyenne de 56 jours entre 2005 et 2010 pour atteindre 89 jours en 2012. Cela dit, 16,9% des détenus ont été libérés après plus de quatre mois d'incarcération, 12,8% ont été libérés après huit jours et 3,8% n'ont passé qu'une seule nuit à Champ-Dollon (Département de la sécurité, 2013).

La durée de séjour à Champ-Dollon – prison préventive – nous paraît être un élément essentiel dans la conception d'une prévention efficace. D'une manière générale, effectuer une prévention primaire de qualité exige un certain temps, elle ne saurait se faire au premier contact. Une intervention de prévention demande un suivi régulier, afin que la personne adhère et intègre les informations qui lui sont données, afin de modifier ses comportements à risque. Or, à Champ-Dollon, les détenus ne sont pas, en première intention, des patients. Ils ne viennent pas dans le but de se faire soigner, mais pour exécuter leur peine, dans un milieu non hospitalier mais qui comporte un service médical. Dans ce contexte, les détenus ne sont pas forcément demandeurs de soin et donc mettre en place une prévention primaire auprès de ces derniers requiert, selon nous, davantage de temps, étant donné qu'ils ne sont pas dans un processus de changement. Et donc, nous imaginons que cette durée de séjour représente une limite dans la mise en place de la prévention.

Cette difficulté peut aussi se traduire de la manière suivante:

Lorsque les détenus risquent l'expulsion à la fin de leur détention, la continuité des soins est difficile à assurer. Dans le contexte d'un centre de détention préventive, l'imprévisibilité des départs (la date de libération est souvent difficile à anticiper) complique la programmation des soins et la mise

en lien des patients avec le réseau de soins communautaires. (Haller, Elger, Slama & Wolff, 2007)

### **3.3.2 Prison et santé**

Champ-Dollon appartient au Département de la sécurité, tandis que la santé des détenus dépend du département de médecine communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève qui appartient au Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES).

Cette séparation permet au service médical de Champ-Dollon de fonctionner de manière autonome et selon les mêmes principes éthiques qu'à l'extérieur des murs de la prison.

La mission du service médical de Champ-Dollon est donc celle établie par les HUG:

Offrir des soins de qualité sur la base d'une approche de médecine de premier recours aux personnes détenues dans les prisons du canton de Genève.

Assurer l'équivalence des soins comparables à celles dont bénéficie la population en milieu libre.

Appliquer des règles de droit médical et d'éthique professionnelle.

Développer les actions de prévention et de promotion de la santé, ainsi qu'une évaluation épidémiologique des pathologies rencontrées en milieu carcéral.

Améliorer la coordination avec les circuits de soins en lien avec l'institution pénitentiaire.

Développer la formation et l'enseignement concernant les aspects de la santé en milieu pénitentiaire et du droit médical.

Développer la recherche concernant les aspects de la santé en milieu pénitentiaire. (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2012)

Cette mission se base sur plusieurs principes, tels que l'accès aux soins pour toutes personnes placées dans un lieu de détention, une équivalence des soins, le respect du patient et du secret médical, un personnel soignant avec des connaissances spécifiques dans le domaine.

La prévention est l'un des critères principaux de la mission du service médical de Champ-

Dollon. Ainsi les soignants ont la responsabilité de mettre en place des mesures de prévention quant à l'hygiène, les maladies transmissibles, la prévention des suicides et de la violence et la protection des liens familiaux (HUG, 2012).

Bien que le service médical soit officiellement indépendant de l'administration pénitentiaire, nous nous demandons si, malgré tout, les détenus ne feraient pas l'amalgame entre les soignants et l'autorité de justice, au risque d'interférer dans l'alliance thérapeutique et donc dans la qualité de la prévention.

D'après le service médical de Champ-Dollon, les agents de détention ont plusieurs rôles liés à l'unité médicale, ils assurent la sécurité, gèrent la liste des patients planifiés pour les consultations, ils conduisent les patients des cellules à l'unité médicale, accompagnent les soignants lorsqu'ils se déplacent dans les étages. C'est également eux qui peuvent informer l'équipe soignante d'un éventuel problème de santé, d'un comportement inhabituel ou d'une demande de médicaments (communication personnelle [Polycopié], 14 février 2013).

D'après le service médical de Champ-Dollon, toutes les données médicales du détenu restent totalement confidentielles et les surveillants n'ont pas d'informations sur l'état de santé des prisonniers. Cependant, il y a des zones grises, certaines pathologies, comme celles psychiatriques, sont visibles par les gardiens, bien que le diagnostic et les traitements ne leur sont pas communiqués. Inversement, les soignants ne sont pas informés officiellement du délit commis par le prisonnier. Néanmoins, il est vrai, qu'il arrive que certains détenus ressentent le besoin d'en parler aux soignants (communication personnelle [Polycopié], 14 février 2013)).

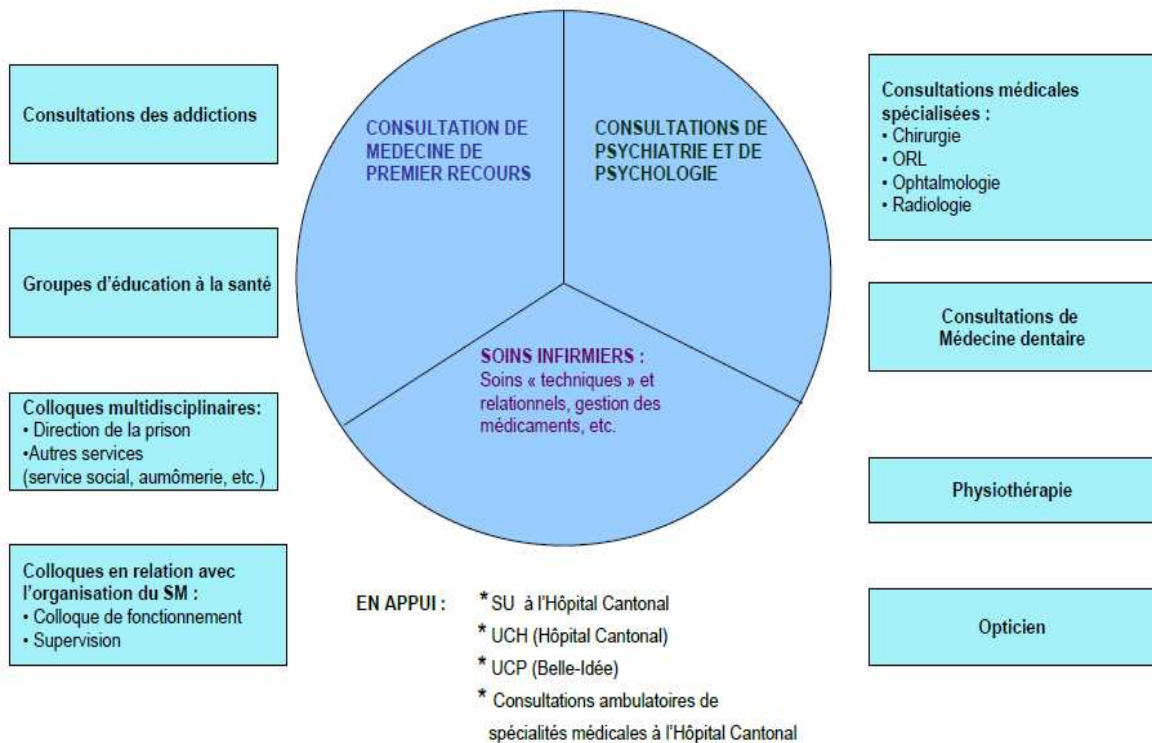
### **3.3.3 L'équipe soignante**

L'équipe médicale est composée de médecins internistes et généralistes, d'infirmiers, de psychiatres, de psychologues, de dentistes et d'autres médecins spécialistes consultants, tels qu'ORL, dermatologues, radiologues, etc.

D'après le service médical de Champ-Dollon, il y a 15 infirmiers(ères) sur 11,25 postes, plus une infirmière responsable (communication personnelle [Polycopié], 14 février 2013).

Voici un schéma qui illustre l'équipe médicale de Champ-Dollon.

## PRESTATIONS RÉALISÉES À L'UNITÉ MÉDICALE À LA PRISON DE CHAMP-DOLLON



Tiré de: HUG, 2012

L'unité médicale effectue diverses prestations: des consultations de médecine de premier recours, des consultations de psychiatrie et psychologie, des soins infirmiers (soins techniques, relationnels, etc.), des consultations pour les addictions, de la physiothérapie, etc.

D'après le service médical de Champ-Dollon, tous les détenus ont accès aux soins. Quelques heures après leur entrée, tous sont mis en contact avec un infirmier qui va effectuer un bilan de santé. Ce bilan se fait à partir d'un questionnaire-type, selon plusieurs items qui comportent des questions d'ordre social (état civil, logement, profession, etc.), le dépistage de la tuberculose, les problèmes de santé physique actuels, les problèmes de santé mentale, la violence, l'abus de substances (tabac, cannabis, alcool, cocaïne, héroïne, méthadone, benzodiazépine, autres produits), la vaccination, les traitements quotidiens, les paramètres vitaux, le suivi extérieur (communication



personnelle [Documents internes], septembre 2008).

Suite à ce bilan d'entrée, l'infirmier va juger de la nécessité ou non d'une consultation médicale. «La Commission ne s'oppose pas à ce que ce soit le personnel infirmier compétent qui effectue le premier tri et oriente les personnes vers le service médical d'autant plus qu'en l'espèce cela semble très bien fonctionner» (Restellini, 2013).

En outre, durant toute la durée de l'incarcération, les détenus peuvent obtenir des rendez-vous médicaux par le biais d'une demande écrite confidentielle ou suite à la demande des infirmiers ou surveillants si l'état d'un détenu est jugé instable.

Si les soins sont impossibles en ambulatoire, le détenu est alors transféré à l'UCH (unité cellulaire hospitalière) ou à l'UCP (unité cellulaire psychiatrique).

D'après le service médical de Champ-Dollon, concernant les problèmes d'addiction, il y a un médecin chef de clinique qui en est responsable. Il a trois rôles bien définis:

1. Assurer la continuité des attitudes cliniques entre l'extérieur et l'intérieur de la prison, en tenant compte des spécificités du milieu carcéral.
2. Concevoir des formations sur les aspects de santé publique et la clinique des addictions à l'intention du personnel de l'Unité Médicale.
3. Conduire une réflexion sur les spécificités des addictions en milieu carcéral, en collaboration avec l'ensemble des professionnels. (communication personnelle [Polycopié], 14 février 2013)

Le service médical de Champ-Dollon est organisé de manière à ce que tout problème rencontré par le détenu puisse être pris en charge de manière optimale au sein de la prison ou dans les unités reliées. Cependant, il n'y a que 15 infirmiers pour une population d'environ 800 détenus, ce qui limite considérablement les possibilités et qui, comme nous l'avons dit précédemment, risque selon nous de léser la prévention.

### **La journée-type de l'infirmier**

Tout d'abord, il faut savoir qu'il y a une permanence infirmière 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

D'après le service médical de Champ-Dollon, les soins effectués par les infirmiers peuvent se décliner sous divers aspects: le bilan infirmier d'entrée, la distribution des médicaments, les soins techniques, les soins relationnels, la prévention et l'éducation à la santé, la consultation addiction, la sophrologie et relaxation, la détection de la violence et

les urgences (communication personnelle [Polycopié], 14 février 2013).

D'après le service médical de Champ-Dollon, la journée-type de l'infirmier à Champ-Dollon, débute à 6h45 avec un rapport de l'infirmier de nuit. À 7h les infirmiers partent dans les étages pour la distribution des médicaments. Puis de 8h à 8h30, il y a un colloque avec les médecins du service. Suite à cela, chacun des infirmiers débute son activité. Ils sont quatre le matin, et chacun d'entre eux est responsable d'une prestation de soins.

Un infirmier va s'occuper des soins généraux, tels que pansements, prises de sang, tensions, entretien de soutien, etc.

Un soignant va se charger des soins spécifiques, c'est-à-dire les activités programmées pour les détenus ayant des problèmes d'addiction (il y a deux types de consultation, un pour les addictions à l'alcool et l'autre qui s'occupe des addictions aux produits illicites), les détenus souffrant de maladies psychiatriques, les soins axés sur la violence et d'autres encore sur la relaxation.

Un troisième infirmier va se charger des soins de première ligne. Il va s'occuper de trier les demandes écrites et prévoir les consultations infirmières ou médicales en fonction des problématiques.

Pour finir, le quatrième infirmier va se charger de tout l'aspect administratif et de coordination des soins. C'est également lui qui va gérer les bilans d'entrées.

En plus de ces diverses prestations, il y a également toutes les activités d'urgence qui ont lieu dans l'établissement (communication personnelle [Polycopié], 14 février 2013).

Nous avons décidé d'aborder la journée-type de l'infirmier à Champ-Dollon pour montrer que la prévention n'est pas une activité à part entière, mais qu'elle est distillée à travers les soins prévus durant la journée. Nous savons qu'il y a un entretien d'entrée prévu pour chaque détenu. Cependant, nous imaginons que sur 800 personnes et une durée de séjour moyenne de 89 jours, il est fort probable qu'un nombre certain de détenus n'entretienne aucun suivi auprès du service médical et ne bénéficie donc pas des messages de prévention individualisés. Toutefois, il existe des consultations addiction, au cours desquelles un message de prévention est transmis auprès de la population toxicomane, à savoir notre population-cible.

### **3.4 Les maladies infectieuses**

Nous allons maintenant aborder les maladies infectieuses les plus fréquemment rencontrées au sein de la population toxicomane de Champ-Dollon. De part le mode de transmission de ces maladies (à travers les liquides biologiques), les usagers de drogues sont exposés à un risque de contamination supérieur, et la prévention joue ici un rôle essentiel. Ce risque est essentiellement lié, chez la population toxicomane, au mode de consommation de drogues, à savoir les injections sanguines, le partage de seringues et de pailles à sniffer, etc. La transmission de ces maladies infectieuses que nous allons aborder, peut également se faire par voie sexuelle. Nous allons donc également discuter de la prévention de ce mode de contamination, bien que les usagers de drogues ne soient pas les seuls concernés. Dans ce chapitre, nous n'allons pas nous attarder sur la physiopathologie, ni sur les traitements de ces maladies, étant donné que ces aspects n'ont pas de liens directs avec notre problématique.

### **3.4.1 Les hépatites**

#### **Définition**

L'hépatite est une inflammation du foie, causée le plus souvent par une infection virale systémique. Cinq types de virus de l'hépatite ont été découverts jusqu'à présent, chacun désigné par une lettre allant de A à E.

Les hépatites appelées de type A et E se transmettent par voie fécale-orale, les aliments et l'eau contaminés par des matières fécales ou encore lors de contact oro-anaux lors de rapports sexuels. Nous allons nous intéresser aux hépatites B et C qui, elles, se transmettent par les liquides biologiques et qui concernent donc notre population-cible (Smeltzer & Bare, 2011, p.1460).

#### **L'hépatite B**

##### **Mode de transmission**

Le virus de l'hépatite B (VHB) se retrouve dans le sang, la salive, le sperme et les sécrétions vaginales. Il se transmet également verticalement, de la mère à l'enfant. La période d'incubation est longue, de 28 à 160 jours. «Le virus se réplique dans le foie et

reste présent dans le sérum pour des périodes relativement longues, ce qui favorise sa transmission» (Smeltzer & Bare, 2011, p.1461).

Les facteurs de risque sont une exposition fréquente au sang, aux dérivés sanguins et autres liquides biologiques; les hémodialyses; les relations homosexuelles de sexe masculin; l'utilisation de drogues injectables; le contact étroit avec des personnes porteuses du virus; de multiples partenaires sexuels; des antécédents récents d'infections transmissibles sexuellement; voyage ou séjour où l'hygiène est précaire (Smeltzer & Bare, 2011, p. 1462).

## **Symptômes**

L'évolution de la clinique est très variable. Souvent, la personne ne présente aucun symptôme alors qu'elle est contagieuse. Les symptômes les plus fréquents sont la fatigue, les éruptions cutanées, les douleurs abdominales, les maux épigastriques et une anorexie. Un ictère peut ou non se manifester. Le foie est sensible et hypertrophié, la rate peut l'être également ainsi que les ganglions latéraux du cou (Smeltzer & Bare, 2011, p.1462).

## **Épidémiologie**

«En Suisse, une centaine de personnes par an contractent une hépatite B aiguë, les hommes étant les plus touchés (75%). La majorité des infections s'observe dans le groupe d'âge des 30 à 50 ans» (OFSP, 2009).

Il nous a été dit par un médecin que l'hépatite B chronique active est de 4,3% et de 39,7% en ce qui concerne l'hépatite B "guérie" à Champ-Dollon. De plus, l'hépatite B active est quatorze fois plus élevée en prison qu'au sein de la population générale suisse.

## **Prévention**

Les mesures de prévention utilisées se font dans le but de rompre la chaîne de transmission. Ainsi toutes les mesures d'hygiène sont obligatoires afin de diminuer le risque de contamination. De plus, il est possible de s'immuniser grâce au vaccin contre l'hépatite B. Cette vaccination est recommandée pour les personnes à risque de complications, telles que les nouveaux-nés de mères porteuses du virus, les personnes souffrant de problèmes hépatiques chroniques, ainsi que les personnes qui présentent

une immunodéficience. Ce vaccin est également conseillé pour les personnes à risque d'exposition au virus, comme les personnes dialysées, hémophiles, consommateurs de drogues injectables, les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires différents, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes en contact étroit avec des porteurs du virus, le personnel médical, le personnel socio-éducatif en contact avec les consommateurs de drogues, etc. (OFSP, 2009).

Il est possible d'effectuer une immunité passive également grâce à l'administration d'immunoglobuline. Ceci est indiqué pour les personnes qui ne sont pas vaccinées et qui ont été en contact avec le virus.

D'autres mesures de prévention, comme le respect du "safer sex", doivent être mises en place: pas de pénétration sans préservatif, pas de sperme ni de sang en bouche. En outre, le partage de seringues et les tatouages sans normes d'hygiène sont fortement déconseillés. De plus, lorsqu'une infection est dépistée, tous les partenaires doivent se faire examiner également.

## **Traitements**

Ce type d'hépatite se traite par l'administration d'interféron. L'infection aiguë se guérit fréquemment et le taux de mortalité est de 1 à 2%. Néanmoins, 5 à 10% des personnes infectées à l'âge adulte développent une hépatite chronique qui peut conduire à une cirrhose ou à un cancer du foie (OFSP, 2009).

## **L'hépatite C**

### **Mode de transmission**

L'hépatite C est, pour sa part, causée par un autre virus, le VHC. Cette infection se transmet également via les voies sanguines, les rapports sexuels et le matériel contaminé. La transmission se fait également verticalement. La période d'incubation est de 15-160 jours. (Smeltzer & Bare, 2011, p.1464).

Les personnes à risque élevé sont celles qui utilisent ou qui ont utilisé des drogues injectables, celles ayant des relations sexuelles avec de nombreux partenaires, celles qui

ont reçu de nombreuses transfusions sanguines (particulièrement avant 1990) (Smeltzer & Bare, 2011, p.1464).

## **Symptômes**

Les symptômes sont les mêmes que ceux manifestés lors d'une infection au virus de type B.

## **Épidémiologie**

Selon Witteck et Schmid, (2010) «Nous ne disposons malheureusement pas de données exactes sur l'incidence et la prévalence de l'hépatite C en Suisse». Toutefois, selon eux, la prévalence de l'hépatite C en Suisse serait de 0,7-1% dans la population générale, soit 50000-70000 personnes infectées.

D'après l'OFSP (2012), l'incidence de l'hépatite C aiguë «diminue légèrement depuis 2004; [elle] est d'environ 60 cas par an. Les hommes sont plus souvent touchés (70%). Au total, 60 à 80% des nouvelles infections sont dues à la consommation de drogues intraveineuses».

Pour ce qui est de Champ-Dollon, il nous a été dit oralement par un médecin que la prévalence de l'hépatite C est de 6,9%.

## **Prévention**

Il n'existe malheureusement pas de vaccin contre l'hépatite C. C'est sur les mesures de prévention liées aux "safer sex" et aux injections de drogues que se joue la diminution du risque de transmission et d'infection par l'hépatite C.

## **Traitements**

Le traitement de l'hépatite C chronique se fait à l'aide de la combinaison de deux médicaments anti-viraux, sur six à douze mois.

### **3.4.2 Le VIH/SIDA**

## **Définitions**

### **Le VIH**

«Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) infecte les cellules du système immunitaire, les détruit ou les rend inefficaces. L'infection par le virus se traduit par une détérioration progressive du système immunitaire, entraînant une "immunodéficience"» (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2013).

### **le SIDA**

Le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) qui peut apparaître au bout de 2 à 15 ans ... le terme de sida s'applique aux stades les plus avancés de l'infection à VIH, définis par la survenue de l'une ou de plusieurs des vingt infections opportunistes ou cancers liés au VIH. (OMS, 2013)

## **Mode de transmission**

Le VIH peut se transmettre à l'occasion de rapports sexuels (vaginaux ou anaux) non protégés et de contacts bucco-génitaux avec une personne infectée; de la transfusion de sang contaminé et du partage d'aiguilles, de seringues ou autres instruments pointus contaminés. Il peut aussi se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement au sein. (OMS, 2013)

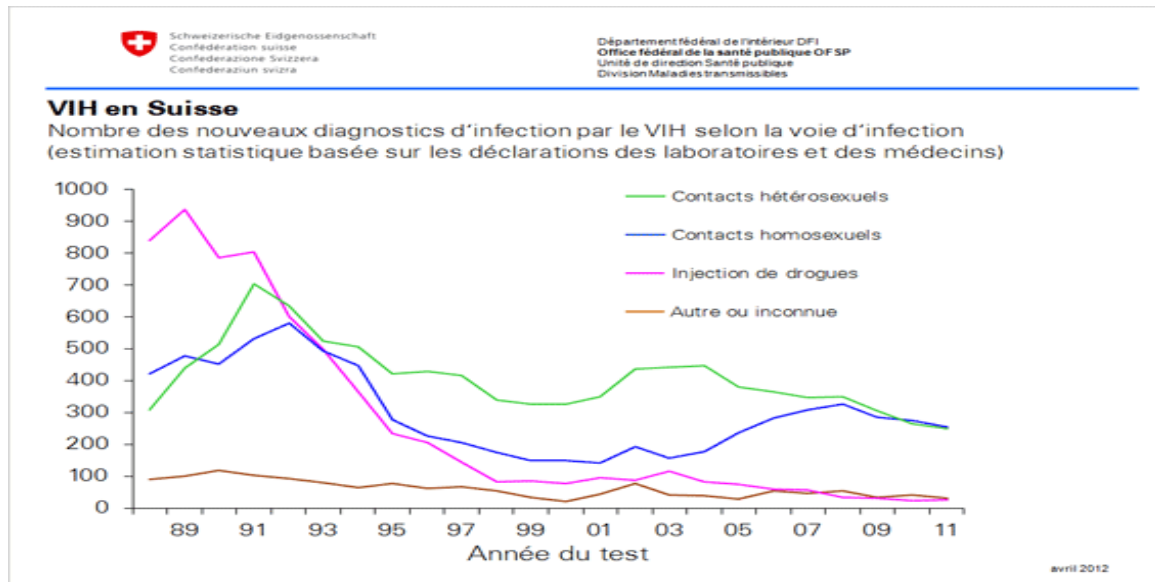
La transmission peut avoir lieu quelque soit le stade d'évolution de la maladie, elle est d'autant plus importante durant la phase précoce de l'infection (OMS, 2013).

## **Symptômes**

Les symptômes de cette infection varient selon la phase d'évolution de cette dernière. Durant les premières semaines le patient reste généralement asymptomatique, mais il peut également présenter un syndrome grippal (fièvre, céphalées, un érythème, irritation de la gorge). (OMS, 2012).

## **Épidémiologie**

Selon l'OFSP, la prévalence du VIH au sein de la population générale suisse est de 0,3% (2012). « ... le taux de prévalence du HIV dans les prisons suisses est estimé entre 2 et 10% » (Karger, Berger & Uchtenhagen, 2000, p.1).



Tiré de: OFSP, 2012

Ce graphique montre l'incidence du VIH en Suisse et l'évolution de cette dernière depuis 1990. Il démontre une forte baisse des contaminations entre 1990 et 2001, passant de près de 1000 à moins de 50 infestations en 11 ans, par le biais des injections de drogues. Il est intéressant de mettre en perspective cette évolution avec les moyens mis en œuvre pour la prévention à ces périodes. En effet on peut faire le lien avec l'entrée en vigueur du programme d'échange de seringues en Suisse en 1992.

## Prévention

La prévention du VIH est sensiblement la même que celle pour les hépatites.

Il s'agit premièrement du "safer sex", à savoir l'utilisation de préservatifs, lors de rapports sexuels de type pénétration vaginale et anale, fellation et cunnilingus.

Il s'agit également du respect de mesures d'hygiène de base, en évitant tout contact non protégé avec des liquides biologiques, à travers le partage de matériel de consommation de drogues (injections et sniff), ainsi que le matériel de tatouage et de piercing. Les affaires de toilette, telles que le rasoir et la brosse à dent, peuvent être prêtées, contrairement au cas de l'hépatite C (Groupe Sida Genève, S.d.).

## Traitements



«Le VIH peut être inhibé par la thérapie antirétrovirale consistant à associer trois médicaments antirétroviraux (ARV), voire plus. Cette thérapie ne guérit pas l'infection mais jugule la réplication virale dans l'organisme» (OMS, 2013).

### 3.5 Synthèse

En guise de synthèse, nous trouvons pertinent de revenir sur les points-clés de notre cadre de références. Nous souhaitons nous intéresser à la prévention primaire des maladies infectieuses auprès de la population toxicomane de Champ-Dollon. Comme nous l'avons vu ci-dessus, la prévention se fait essentiellement selon la politique de la drogue qui inclue la réduction des risques. Le moyen de prévention primaire sur lequel nous nous sommes attardées est le programme d'échange de seringues.

En effet, «au total, 60 à 80% des nouvelles infections sont dues à la consommation de drogues intraveineuses» (OFSP, 2012). Il ressort de la littérature que les hépatites sont les maladies infectieuses sur lesquelles il faudrait concentrer la prévention primaire au sein de la prison de Champ-Dollon, de part leur prévalence.

La prévention primaire se fait à travers l'information et la communication. L'information est nécessaire, mais ne peut suffire à mener l'individu à un changement dans ses comportements à risque. À Champ-Dollon, la prévention primaire se fait par le biais de brochures, de poster et du canal-TV (information), mais aussi à travers les entretiens individuels (communication). La prévention primaire effectuée auprès d'un groupe de détenus hommes n'est pas envisageable à Champ-Dollon.

Le modèle transthéorique de Proshaska et Di Clemente permet au soignant d'évaluer le stade du changement dans lequel se trouve le patient et ainsi de l'accompagner au mieux en adoptant un rôle différent selon le stade du changement. Afin que cet accompagnement soit optimal, la création d'une alliance thérapeutique est obligatoire. En effet, celle-ci est la base même de toute prévention de qualité.

Selon nous, à Champ-Dollon cette alliance risque d'être biaisée par le risque d'amalgame entre l'autorité pénitentiaire et le service médical bien qu'il en soit indépendant, puisqu'il appartient aux HUG.

La durée d'incarcération courte (89 jours en moyenne), la situation actuelle de surpopulation ainsi que la barrière de la langue sont des aspects qui pourraient, d'après

nous, influencer la qualité de la prévention primaire des maladies infectieuses auprès de la population des usagers de drogues.

Nous allons reprendre tous ces points dans notre analyse au regards des résultats de nos entretiens.

## 4. Analyse

### 4.1 Synthèse des résultats

Dans un premier temps, nous avons soigneusement examiné chacun des entretiens que nous avons effectués, afin de mettre évidence les réponses proposées par nos interlocuteurs, en fonction des thématiques de notre guide d'entretien, à savoir les besoins en matière de prévention primaire; les limites de la prévention primaire; l'impact positif du milieu carcéral sur l'alliance thérapeutique; les limites de l'alliance thérapeutique dans ce contexte. Cet exercice nous a permis de nous rendre compte de l'importance de certains éléments de réponse au vu de la récurrence de ces derniers au fil des différents entretiens.

Toutes les réponses sont répertoriées dans le tableau récapitulatif qui se trouve à la suite de cette synthèse des résultats.

#### ***4.1.1 Besoins de la prévention primaire***

La moitié des entretiens relève qu'il n'y a pas de besoins en matière de prévention primaire car beaucoup de choses sont déjà mises en place et que l'équivalence de soins est respectée. L'équivalence de soins fait partie de la mission du service médical de Champ-Dollon et implique donc que les prestations de soins doivent être de même qualité qu'à l'extérieur de la prison. Ils nous ont également affirmé que les détenus sont privilégiés par rapport à la rapidité de la réponse soignante à leurs différentes problématiques de santé.

«Donc euh je trouve qu'on offre les mêmes prestations, voire peut-être même plus ... si tu veux appeler ton psychiatre ou ton dentiste, tu l'as pas tout de suite à l'extérieur. Ici c'est presque réactionnel» (communication personnelle [entretien 3], 16 mai 2013).

Un autre entretien met en avant le besoin d'évidences scientifiques pour la mise en place de projets, en lien avec l'accès aux préservatifs et la pratique du tatouage.

«J'insiste sur ce point, disposer d'évidences scientifiques irréfutables obtenues au travers d'études est indispensable avant de pouvoir mettre en place de tels programmes» (communication personnelle [entretien 1], 15 février 2013).

Enfin l'un des entretiens fait ressortir la nécessité de conserver le temps dévolu à l'information afin de faire passer des messages de prévention, ce temps étant menacé par le phénomène de surpopulation. Il aborde également le besoin d'avoir davantage de personnel formé dans les problèmes d'addiction. Il nous explique que la prévention pourrait être effectuée par tous, mais qu'il serait préférable que ceux qui la pratiquent soient sensibilisés à cette population. Ici, il ne s'agit pas d'une limite car, l'équipe soignante en comporte en son sein, toutefois cet entretien met en avant le besoin d'en avoir davantage.

#### ***4.1.2 Limites de la prévention primaire***

La majorité des entretiens évoque la durée courte d'incarcération, ainsi que le secret sur la date de sortie comme étant des limites. Celles-ci ne permettent pas au soignant de préparer la sortie, ce qui implique un risque élevé pour le détenu de rechuter dans des comportements à risque, alors qu'il se retrouvera à l'extérieur de la prison, peut-être sans ressource.

La majorité aborde également l'aspect sécuritaire inhérent au fonctionnement de la prison, ainsi que la problématique de la confidentialité vis-à-vis des gardiens et l'appréhension de ces derniers face au programme d'échange de seringues.

«... programme d'échange de seringues ... c'était quelque chose d'assez compliqué à mettre en place par rapport aux gardiens, par rapport à la confidentialité aussi, parce que ça se fait à la porte de la cellule comme vous savez» (communication personnelle [entretien 4], 27 mai 2013).

Plus de la moitié évoque aussi le fait que les détenus ne sont pas en prison pour se faire soigner, la demande doit venir de ces derniers, ce qui représente une autre des limites. Les soignants n'ont pas accès aux détenus si ceux-ci n'en font pas la demande, ce qui fait que l'infirmier doit attendre que le processus de changement soit déjà entamé par le patient – qui demanderait un soutien à l'équipe soignante – pour pouvoir l'accompagner.

Puis, la barrière de la langue et de la culture a été abordée par la majorité des entretiens.

Les limites dues à la surpopulation, au bas seuil de visée thérapeutique et le tabou de la sexualité ont été discutées à travers la moitié des entretiens.

«Et puis ici il y a la surpopulation. Bah les limites, c'est la surpopulation. En ce moment, c'est la surpopulation» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

«Donc on a des objectifs... [elle nous fait signe avec sa main pour nous indiquer quelque chose de bas], c'est le bas seuil ... Voilà on fait avec ça, comme on peut» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

«Et puis c'est vrai, que bah ça c'est sûr qu'ici l'homosexualité c'est quelque chose qui est très tabou» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

Un des entretiens évoque la collaboration obligatoire avec les gardiens, ce qui augmente la difficulté dans la mise en place de projets de prévention, sans oublier les problèmes de confidentialité.

«C'est ça la difficulté, c'est qu'on travaille en partenariat avec eux [les gardiens] tout le temps. On travaille pas ensemble mais en partenariat. Il y a le secret de la prison, le secret médical et entre ça, il faut trouver une zone où on peut travailler ensemble» (communication personnelle [entretien 3], 16 mai 2013).

#### ***4.1.3 Impact positif du milieu carcéral sur l'alliance thérapeutique***

L'ensemble des entretiens précisent qu'il n'y a pas d'amalgame fait par les détenus entre le service médical et l'autorité pénitentiaire, ce qui favorise la création d'une alliance thérapeutique.

«L'alliance thérapeutique se fait sans difficulté particulière. Les patients se rendent compte que le service médical est là "pour leur bien". La grande majorité des patients comprennent que nous sommes indépendants des autorités de sanction» (communication personnelle [entretien 2], 15 février 2013).

Cependant, l'un des soignants temporise ses propos en précisant qu'il arrive parfois que cet amalgame soit fait, mais cela est rare.

«Quelques fois, quelques fois oui, mais moi dans mon cas personnel hein, je leur dis tout le temps que, voilà leurs problèmes judiciaires nous on sait pas les délits ...» (communication personnelle [entretien 4], 27 mai 2013).

Plus de la moitié des entretiens met en évidence le fait que l'alliance thérapeutique est favorisée par le fait que le service médical représente, pour les détenus, une "bouffée d'air" et ainsi la plupart d'entre eux s'y rendent volontiers, ce qui participe également à la création de cette alliance.

#### ***4.1.4 Limites de l'alliance thérapeutique dans le contexte de la prison***

Pour ce qui est des limites de l'alliance thérapeutique dans le contexte de la prison, la moitié des entretiens met en avant la problématique de la manipulation. En effet, ils nous expliquent que certains détenus montent au service médical dans le but d'obtenir des médicaments, que ce soit pour leur propre usage ou pour les revendre, par exemple.

«Alors il y a beaucoup de manipulation autour de ça. C'est pas une vrai alliance thérapeutique moi je dirais. Peut-être ok, avec certains patients. Mais souvent ils montent ici pour avoir beaucoup de médicaments, donc voilà quoi» (communication personnelle [entretien 3], 16 mai 2013).

Ceci est renforcé par un des entretiens qui met ceci en lien avec le fait que le service médical, se trouvant à l'intérieur de la prison, peut avoir comme effet d'engendrer un «appel à consommer du médical» (communication personnelle [entretien 2], 16 mai 2013), ce qui se traduit une fois de plus par des demandes de soins injustifiées (demandes de médicaments, par exemple). En effet, le service médical étant disponible sept jours sur sept, les détenus y ont accès facilement.

Et enfin, l'un d'entre eux évoque la surpopulation comme étant une limite à l'alliance thérapeutique. En effet, la surpopulation amène les soignants à réduire le temps consacré à chaque détenu.

Un entretien rappelle que l'unité médicale de Champ-Dollon est un service ambulatoire, ce qui ne permet pas une alliance thérapeutique, comme l'on pourrait trouver en milieu

hospitalier.

«On peut pas faire de l'alliance thérapeutique comme à l'hôpital ou en psychiatrie, on est ambulatoire hein, on peut pas créer une grosse alliance thérapeutique» (communication personnelle [entretien 3], 16 mai 2013).

## 4.2 Tableaux des résultats

La prévention primaire	Les besoins	Les limites
Entretien 1	<p><u>Pas de besoins</u></p> <p>« Beaucoup de mesures concrètes sont déjà en place pour la prévention primaire des maladies infectieuses en prison. »</p> <p><u>Évidences scientifiques</u></p> <p>« Parfois dans certains domaines spécifiques, des évidences scientifiques sont incomplètes pour définir toutes les priorités et tous les objectifs à atteindre. »</p> <p>« J'insiste sur ce point, disposer d'évidences scientifiques irréfutables obtenues au travers d'études est indispensable avant de pouvoir mettre en place de tels programmes. »</p> <p>« Aussi certaines interventions pourraient être utiles, néanmoins extrêmement gourmandes en termes de coûts et de ressources nécessaires. Dès lors, des preuves d'efficacité et d'utilité doivent être démontrées par des études cliniques de "coût-efficacité". »</p> <p><u>Cibler le dépistage</u></p> <p>« Et pour la détection de la maladie chronique, les équipes médicales sont sensibilisés au fait qu'il faut principalement proposer un dépistage aux personnes originaires de pays hautement endémiques. »</p> <p>« Comme ce sont quasiment toujours des personnes ayant consommé des drogues par voie intraveineuse au cours de leur vie qui sont infectées, ce n'est pas très rentable de proposer à tout le monde (1500 entrées par an) de faire un dépistage. Il faut surtout cibler les personnes ayant ce facteur de risque. »</p> <p><u>Préservatifs</u></p> <p>« Nous sommes en train de réfléchir à des possibilités de rendre la distribution de préservatifs un peu plus "confidentielle". »</p> <p><u>Tatouages</u></p> <p>« Actuellement nous avons en cours un projet qui vise à quantifier la proportion de détenus qui ont des tatouages. »</p> <p>« Donc une option serait peut-être la mise à disposition d'un local dans lequel les personnes souhaitant se tatouer pourraient le faire. »</p>	<p><u>Temps d'incarcération trop court pour mettre en place vaccination</u></p> <p>« Néanmoins comme une grande proportion de personnes incarcérées ressortent après quelques jours ou quelques semaines, une seule dose serait peu utile. Il y a plus de 1500 personnes qui entrent à Champ-Dollon chaque année, donc vacciner tout le monde est une intervention de grande envergure ; donc ça vaut la peine de le faire si c'est très efficace. »</p> <p>« Donc nous favorisons la stratégie qui consiste à proposer la vaccination aux détenus restant suffisamment longtemps en prison. »</p> <p>« Certaines mesures de prévention ne sont simplement pas toujours applicables : il serait idéal que chacun soit vacciné contre l'hépatite B. Néanmoins si le détenu est libéré rapidement, la continuité des soins est compliquée... »</p> <p><u>Suivi à la sortie pas toujours simple</u></p> <p>« Et comme le suivi médical à la sortie de prison est compliqué pour de nombreuses personnes incarcérées, ce n'est pas simple de poursuivre la vaccination après la libération »</p> <p>« Malheureusement de nombreux patients ont d'autres soucis lors de leur libération, et la continuité des soins est rompue. D'autres retombent dans la toxicomanie, et ne vont plus régulièrement chez un médecin. »</p> <p><u>Collaboration avec les gardiens</u></p> <p>« Dans les prisons, les gardiens peuvent parfois être inquiet d'un usage détourné dont pourrait faire l'objet les seringues. Un dialogue est indispensable entre les équipes médicales et les gardiens, afin de discuter ces aspects »</p> <p><u>Pas là pour se faire soigner</u></p> <p>« La première barrière est souvent mise par les patients : des mesures sont proposées, mais les patients ne sont pas toujours "preneurs" ». »</p>



	Les besoins	Les limites
Entretien 2	<p><u>Peu de besoins</u></p> <p>«Bah on peut toujours faire mieux c'est sûr, mais je pense que beaucoup de choses sont mises en place. On a des brochures informatives, il y en a d'autres aussi, plus spécifiques et plus claires, par exemple sur l'hépatite B.» «celle-ci est pas forcément très accessible, elle est pas traduite, donc bon les gens qui parlent pas français, bah ils y comprennent pas grand chose.»</p> <p>« On est quand même une des premières prisons qui a mis en place un programme d'échange de seringues ... on leur donne aussi des informations sur comment consommer, sur les risques d'une mauvaise consommation »</p> <p>«c'est vrai qu'on est aussi impacté par les restrictions budgétaires actuelles aux HUG, mais voilà on est pas plus lésé que d'autres services. Loin de là, je pense qu'on est même privilégié par rapport à la qualité de soins qu'on peut proposer aux personnes emprisonnées.»</p>	<p><u>Pas là pour se faire soigner</u></p> <p>«Les limites qu'il peut y avoir son liées à la prison, à l'enfermement et à la sécurité surtout. Et aussi il y a le fait que bah forcément les personnes qui rentrent en prison ne viennent pas en prison, enfin ça peut arriver, mais ces personnes-là, en l'occurrence les toxicomanes, ne rentrent pas en prison pour se faire soigner. Donc il y a cette limite évidente quelque part qui fait qu'après il faut créer un lien avec le détenu, mais si tant est qu'il fasse la demande de quelque chose déjà, de seringue, ou d'autres. Quelque chose pour qu'on ait matière à rentrer en contact avec lui et pour créer un lien et si tant est, créer un lien de confiance. Ça part de leur demande avant tout.»</p> <p>«Oui et en même temps, il faut pas oublier qu'on part sur un seuil bas. C'est-à-dire qu'on peut pas travailler sur l'arrêt de la consommation, euh, à long terme. Après c'est un cheminement qui est beaucoup trop long, beaucoup trop complexe, pour que ça puisse entamer... après, à moins qu'il y ait vraiment une démarche de la part du détenu, qu'il ait entamé déjà depuis un certain temps et dans ce cadre-là, si par exemple il est suivi à la Navigation et puis que le but est de diminuer sa consommation, on l'accompagnera forcément dans ce processus. Mais généralement, les patients qui consomment, continuent à consommer et puis c'est pas en prison qu'ils vont arrêter de consommer. A moins d'avoir pris un certain nombre d'années ou de mois qui permettent d'entamer ce processus-là quoi.»</p> <p><u>Durée d'incarcération</u></p> <p>«Mais par rapport aux personnes qui viennent ici un temps relativement court, euh voilà, on peut travailler sur une prévention, une prévention, une réduction des méfaits de la consommation de drogues, mais euh c'est relativement restreint quand même quoi. Voilà.»</p> <p>«Euh ouai, mais ces gens qui viennent pour une moyenne que vous venez de citer, en fait je crois pas qu'on les voit.»</p> <p><u>Secret sur durée d'incarcération + Sortie</u></p> <p>«on est pas censé connaître et savoir le temps d'incarcération et le jour de la sortie effective du détenu. Donc on peut entamer un travail qui se fait pas forcément dans les tous premiers temps de l'incarcération. Entamer une relation de soin avec cette personne et que celle-ci sorte ensuite bah rapidement, ou qu'on ne soit pas averti de cette sortie. Donc ça fait aussi partie des limites dans l'intervention qu'on peut avoir quoi.»</p> <p><u>Limite de la langue</u></p> <p>«Une autre des limites est celle de la langue. Ça peut être compliqué... forcément ça peut être un handicap pour les gens qui maîtrisent pas les langues telles que le russe, le géorgien, l'arabe, l'anglais même tout simplement. Voilà ça peut être des obstacles»</p> <p>«On a une collègue qui, ayant travaillé à la Navigation, connaît des consommateurs qui y étaient suivis, qui peuvent se retrouver à Champ-Dollon aussi et c'est vrai que c'est un grand atout, elle maîtrise les langues et forcément ça peut débloquent certaines situations quoi »</p>

	Les besoins	Les limites
Entretien 3	<p><u>Pas de besoins</u></p> <p>«Les besoins, pff, les besoins, je dirais qu'il manque pas tant que ça au niveau des besoins .»</p> <p>«Parce que, une des missions du service médical, c'est l'équivalence de soins. Donc en terme d'équivalence de soins, on se doit, nous, d'offrir les mêmes soins qu'au commun des mortels qui n'est pas détenu.»</p> <p>«Donc euh je trouve qu'on offre les mêmes prestations, voire peut-être même plus. Bon là ça n'a rien à voir avec l'infectieux, mais en termes de consultations, si tu veux appeler ton psychiatre ou ton dentiste, tu l'as pas tout de suite à l'extérieur. Ici c'est presque réactionnel, ... nous ici on trie le courrier et le lendemain ils ont une consultation.»</p> <p>«Bah au niveau de la prévention, voilà c'est ce que je disais en termes d'équivalence de soins et de prévention, on est pas si mal que ça.»</p> <p>«Même au niveau de l'addiction. Donc au niveau de l'addiction, on a des consultations spécifiques qui se greffent à notre travail, c'est l'une de nos... ouai c'est dans notre cahier des charges.»</p> <p>«À l'entrée, quelqu'un qui nous dit qu'il a des addictions, par exemple qu'il est toxicomane héroïne, c'est quelqu'un qui est automatiquement dirigé vers une consultation d'addiction. Donc là, il y a toute une réexplication. C'est vrai que ces gens-là, un héroïnomanie qui, ça fait 20 ans qu'il consomme, généralement il connaît bien tout le processus et puis les préventions par rapport à ça, mais bon c'est bien aussi de rafraîchir un peu tout ça à ces gens-là, parce qu'en 20 ans, il y a aussi des détériorations cognitives aussi quoi et des pertes de mémoires quoi.»</p>	<p><u>Espace carcéral</u></p> <p>«Par rapport aux limites de la prévention, c'est l'espace carcéral qui nous donne ces limites-là quoi.»</p> <p><u>Surpopulation</u></p> <p>«Bah c'est peut-être que... bon en plus là on est dans un contexte de surpopulation quoi. Donc en ce moment, c'est vrai que les consultations spécifiques, elles sautent un peu quoi.»</p> <p>«Et euh, par rapport aux consultations, bah par exemple en ce moment ce qui se passe par rapport à la surpopulation et ben il y a un problème au syndicat et donc les syndicats sont un peu en bisbille avec l'État et donc les gardiens nous montent les détenus un par un. Avant il les montaient par trois, voire quatre. Donc maintenant, ils les montent un par un, ça veut dire qu'au lieu de voir tout le monde sur une journée, bah on est un peu bloqué quoi. Donc il y a beaucoup de consultations spécifiques qui sautent et puis bah c'est la prévention qui est touchée.»</p> <p>«Bah les limites, c'est la surpopulation. En ce moment, c'est la surpopulation. On est obligé de faire un tri et donc on voit plus de monde, mais moins régulièrement. Avant les personnes qu'on voyait une fois par semaine on peut plus les voir comme ça et les gens qu'on voyait en entretien de soutien, on peut plus les voir comme ça non plus. Parce que, bah... parce que voilà quoi, il y a presque des choses plus importantes.»</p> <p>«On est 831 aujourd'hui, la prison est faite pour 350 personnes quoi, donc bah on est obligé de trier et voir les priorités. Et forcément ça va pénaliser la prévention. Évidemment que quelqu'un qui a un abcès avec des lavages, on va être obligé de le voir et il y en a de plus en plus, parce que la promiscuité crée des problèmes dermatologiques, plus qu'avant et des choses comme ça. C'est vrai que les problèmes somatiques prennent le pas sur la prévention. Même les problèmes psy, bah y en a de plus en plus quoi. Et puis c'est toujours la prévention qui prend, c'est pareil dans la vie. Au niveau de l'État, au niveau de la santé, quand ils ont besoin de faire des économies, c'est toujours la prévention qui prend, donc c'est pareil ici.»</p> <p>«Mais c'est surtout au niveau de l'éducation, parce que quelqu'un qui nous écrit pour nous dire qu'il veut un bilan parce qu'il a eu des conduites à risque, on va, il va être vu par un médecin. Mais tout ce qui est éducation en lien avec la prévention... en ce moment ouai ça pêche .»</p> <p>«Et du coup les comportements risquent de se reproduire, et c'est ça qui est dommage.»</p> <p><u>Contexte sécuritaire</u></p> <p>« Et puis par rapport au contexte carcéral, c'est le contexte sécuritaire de la prison.»</p>

	Les besoins	Les limites
Entretien 3		<p><u>Langue et culture</u></p> <p>«Une autre des limites aussi, c'est le langage, les langues. Par exemple, ce fascicule "Info prévention" n'est donné qu'aux personnes qui savent lire le français. Et puis, au début on le donnait vraiment à tout le monde, mais par exemple ça, aux maghrébins bah ça les touche. [Il nous montre des dessins de pénétrations anales]. Donc c'est pour ça que c'est en phase de réflexion et de réflexion en même temps. A savoir qu'il n'est pas traduit dans d'autres langues, c'est pour ça qu'il va être refait pour être traduit en arabe, russe, roumain, je pense. C'est un peu les langues les plus rencontrées. Et donc bah la barrière de la langue c'est un véritable problème quoi, parce que quand on a un problème d'un mec qui a une hépatite et qu'on veut faire un petit peu de prévention et bah il faut trouver quelqu'un, il faut un interprète. On essaye, mais on peut pas tout le temps non plus quoi.»</p> <p>«Parce que c'est vrai que parfois il faut aller vite dans l'explication de la prévention et puis bah d'organiser un interprétariat ça prend un petit peu de temps quand même quoi. Donc si c'est pour faire une consultation d'une heure, c'est pas possible. Une heure de bouffée sur une matinée, sachant qu'on a des plages horaires bien définies: c'est de 8h à 10h30 qu'ils peuvent nous monter les détenus et l'après-midi, c'est de 14h à 16h30. Donc si on bouffe une heure pour une prévention, c'est pas possible. Donc on essaie de s'arranger.»</p> <p>«Donc même si les gens de l'Est parlent beaucoup de langues, notamment l'anglais, ça peut aider, mais c'est pas non plus une solution de parler dans une autre langue quoi. Par exemple, quelqu'un qui est albanais et puis moi je suis français et on parle en anglais, c'est pas la meilleure des solutions, parce que y a un message correct à faire passer. Donc oui ça c'est une vraie limite ici.»</p> <p>«Donc même si les gens de l'Est parlent beaucoup de langues, notamment l'anglais, ça peut aider, mais c'est pas non plus une solution de parler dans une autre langue quoi. Par exemple, quelqu'un qui est albanais et puis moi je suis français et on parle en anglais, c'est pas la meilleure des solutions, parce que y a un message correct à faire passer. Donc oui ça c'est une vraie limite ici.»</p> <p><u>Durée d'incarcération</u></p> <p>«Une autre limite pourrait être le fait que ce soit de la préventive... mais même pas forcément. Souvent ici la préventive se finit en définitive. On a un patient par exemple ... .»</p> <p><u>La préventive et ses contraintes</u></p> <p>«Non, pas refuser, mais ils se mettent d'accord avec l'office des prisons et c'est une punition de revenir ici. C'est une punition de revenir ici. C'est moins confortable la préventive. Ici tu as plein de contraintes. Par exemple, t'as volé une banque avec deux autres personnes, tu te retrouves ici, tu peux pas voir tes amis parce que t'as pas encore été jugé et puis il y a plein d'autres personnes que tu peux pas voir. Alors qu'une fois que t'es jugé et que t'es en pénitencier tu peux faire ce que tu veux. Et puis les règles sont moins contraignantes. Et puis ici il y a la surpopulation. Et puis en pénitencier, t'as ta cellule, ici ils peuvent te changer trois fois en une journée de cellule et t'as pas ton mot à dire. Et puis il y a beaucoup plus de gardiens, donc déjà que le contact avec les gardiens est difficile pour les détenus, alors là ils se retrouvent avec beaucoup plus de gardiens »</p>

	Les besoins	Les limites
Entretien 4	<p><u>Le temps pour donner l'information</u></p> <p>« Donc ça c'était vraiment revoir avec la personne toxicomane qu'il faut respecter des règles, très importantes, c'est-à-dire voilà se mettre dans un endroit seul, dans les toilettes qui sont fermées par exemple, c'est-à-dire pas se mettre sur le lit avec son garrot et se piquer devant tout le monde, utiliser les tubes qu'on leur donne, ne pas laisser traîner les seringues, être discret par rapport aux autres et voilà. Parce que ce monsieur était plein de questionnement par rapport à l'hépatite, par rapport au VIH et toutes ces choses-là. Donc ça c'est vraiment des choses je dirais, avec la surpopulation carcérale, au niveau de la prévention, à vraiment quand on donne les seringues et qu'on fait ces choses-là, à voir avec les gens, bien leur rappeler quelles sont les règles ».</p> <p>« ce qui est essentiel c'est qu'on puisse garder cette partie de notre travail et qu'elle ne soit pas perdue, c'est vraiment ça je dirais »</p> <p><u>Possibilité de prévention en groupe</u></p> <p>« Moi je dirais ce qu'il manque, mais ça c'est impossible avec les hommes, c'est des... Comme quand on fait la journée sida, c'est des moments où on les retrouvent en groupe et on leur donne des informations quant aux hépatites par exemple. Parce qu'on se rend compte que quand on fait ça chez les femmes, c'est vraiment des moments très bien, très enrichissants, parce qu'elles sont en groupe, il y a des questions qu'une va poser que l'autre oserait pas poser, euh il y a toujours... voilà elles arrivent à tirer quelque chose de ces informations. Et ça on peut pas le faire avec les hommes, c'est pas possible pour l'instant, pour des questions de sécurité, de surpopulation, enfin voilà, il y a tellement de... mais ça, ça serait, voilà, important. »</p> <p><u>Plus de temps pour les consultations</u></p> <p>« Plus de temps pour les consultations addictions là aussi, parce que là on sent que... Autant avant c'était quelque chose qui avait une place importante, maintenant avec la surpopulation, avec cette situation bah c'est souvent ces consultations qui tombent. »</p> <p><u>Personnel formé</u></p> <p>« c'est qu'il y ait plus de collègues de formés aussi, il faut une formation. Il faut une formation oui. C'est quand même mieux d'aller à des cours, d'aller dans le milieu, à la rue verte, à la navigation, d'aller passer des journées où il y a cette population »</p> <p>« Après ces personnes, tout le monde peut faire de la prévention, tout le monde peut faire de l'échange de seringues, tout le monde peut donner de l'information par rapport à l'hépatite C,.....Donc oui oui ça c'est clair que tout le monde doit pouvoir le faire, mais c'est bien d'avoir quand même, d'avoir travaillé là-dedans, d'avoir été sensibilisé, c'est mieux je trouve ».</p>	<p><u>Confidentialité</u></p> <p>« il y avait donc pas le programme d'échange de seringue, ça a été mis en place après, ce qui a fait pas mal de questionnements par rapport à ça, à la prévention des risques, parce que c'était quelque chose d'assez compliqué à mettre en place par rapport aux gardiens, par rapport à la confidentialité aussi, parce que ça se fait à la porte de la cellule comme vous savez ».</p> <p><u>Surpopulation</u></p> <p>« donc vous savez qu'il y a une surpopulation carcérale. Donc c'était une cellule à trois et puis, dans la cellule à trois, il y avait une personne qui dormait par terre et cette personne était toxicomane. Donc très vite il y a du produit qui est entré ou elle est rentrée avec du produit, je sais pas, et bien il se piquait dans les toilettes. Mais le monsieur qui était avec lui était une personne d'un certain âge, donc pour lui c'était choquant évidemment. Et puis ben il laissait traîner ses seringues comme ça dans cet espace tellement clos, tellement réduit 23 heures sur 24. »</p> <p>« On a quand même des retours hein des personnes qui partagent les cellules avec ces gens-là, qui sont quand même assez interloquées quoi, choquées, c'est vrai que c'est pas des choses euh... »</p> <p>« Et puis bah sinon, cette surpopulation elle change toute la donne hein aussi. Les tournées du matin sont plus longues, mais c'est clair qu'il faudrait absolument la garder cette prévention. »</p> <p><u>Langue</u></p> <p>« Par exemple, il y a beaucoup de personnes géorgiennes dans la même cellule, c'est des gens qui vivent beaucoup en groupe, en communauté, donc il y a toujours... bon on a la chance d'avoir une collègue qui parle russe donc elle peut les voir et leur expliquer quoi ».</p> <p>« La barrière de la langue. Parce qu'on a des gens qui parlent, ben, toutes les langues; et pas tous les infirmiers parlent toutes les langues »</p> <p>« Je dirais la barrière de la langue, ou culturel aussi. Il y a tellement de gens de cultures différentes ».</p> <p><u>L'accès aux détenus</u></p> <p>« Les limites c'est déjà l'accès aux détenus, parce que c'est pas nous qui allons vers les détenus, c'est pas nous qui allons nous assoir sur le lit de la personne, en lui disant voilà votre consommation, les risques, etc. Donc il faut planifier tout ça, c'est les gardiens qui nous amènent la personne ».</p> <p>« Eux-mêmes aussi, on les voit une première fois pour parler, on leur dit voilà on se revoit la semaine prochaine et ils montent pas, parce qu'ils veulent pas se lever, ou qu'il y a le sport, ou qu'il y a autre chose. »</p> <p>« Les problèmes judiciaires, parce qu'on a prévu de voir quelqu'un aujourd'hui mais elle passe toute la journée au ministère public, après nous on est en congé, et donc voilà, on revient et c'est déporté. »</p>

	Les besoins	Les limites
Entretien 4		<p>« Ils sont là d'abord pour un problème judiciaire. Quand ils arrivent en préventive, ils savent pas combien de temps ils vont rester, ce qu'il va se passer. Il y a beaucoup d'angoisse et beaucoup de révolte hein aussi ».</p> <p>« Et donc on peut pas faire de message de prévention dans cette situation et puis ça, on l'a quand même assez souvent, donc c'est souvent après qu'on peut aller plus loin. Le problème judiciaire, l'incarcération c'est quand même difficile, même s'il y en a qui s'adaptent, c'est quand même un sacré choc hein. Imaginez, vous êtes en prison, le premier souci ça va être combien de temps je vais rester, ma famille, mon appartement, voire le social, c'est ça surtout au début hein. Il faut que les choses, elles se posent quoi ».</p> <p>« Et puis, il y a aussi l'accès, on peut pas aller vers les gens comme on va dans un service normal, c'est pas du tout ça hein. C'est tout une autre dynamique hein, c'est autre chose ».</p> <p><u>Durée incarcération</u></p> <p>« Les détenus, bah voilà, on avait prévu de les voir, on apprend qu'ils sont sortis, parce que nous on connaît pas leur date de sortie, donc bah on peut pas préparer leur sortie. Alors on essaye hein, c'est vraiment le but de préparer la sortie ».</p> <p><u>Sexualité</u></p> <p>« Si si ça, ça les a choqués oui, ça ça les a choqués. Ou oui les préservatifs qui étaient donnés avant, à l'entrée par exemple, ça a posé beaucoup de problèmes. Moi j'ai eu plusieurs Africains qui ont... moi j'en ai eu un qui m'a balancé le cahier, qui est monté en consultation, il avait reçu ça et il hurlait pour qui on le prenait, parce qu'il avait eu ça. Et puis c'est vrai, que bah ça c'est sûr qu'ici l'homosexualité c'est quelque chose qui est très tabou ».</p> <p>« Mais n'empêche que ça il y a l'accès, parce que c'est vraiment tabou, ça c'est sûr ».</p> <p><u>Bas seuil</u></p> <p>« Donc ouai on a énormément de contraintes et il faut vraiment jongler avec tout ça hein. Donc on a des objectifs... [elle nous fait signe avec sa main pour nous indiquer quelque chose de bas], c'est le bas seuil et je pense que mes collègues ont dû vous dire la même chose. Voilà on fait avec ça, comme on peut ».</p>

<b>L'alliance thérapeutique</b>	<b>Impact positif de la prison</b>	<b>Limites de l'alliance thérapeutique</b>
<b>Entretien 1</b>	<p><u>Pas d'amalgame</u></p> <p>« L'alliance thérapeutique se fait sans difficulté particulière. Les patients se rendent compte que le service médical est là "pour leur bien". La grande majorité des patients comprennent que nous sommes indépendants des autorités de sanction ».</p> <p>« Pour cette population, le service médical est souvent un premier contact avec des soignants. , une porte d'entrée dans le milieu de la santé ».</p>	
<b>Entretien 2</b>	<p><u>Prison n'est pas un atout</u></p> <p>«Euh je pourrais pas dire que la prison est un atout pour un impact, euh pour une alliance thérapeutique».</p> <p><u>Pas d'amalgame</u></p> <p>«le service médical, les infirmiers, les médecins, ne sont pas perçus comme... comme des alliés ou des geôliers, enfin des représentants de la loi en tout cas. Donc euh, la différence est bien faite et donc généralement on peut quand même avoir une alliance qui se fait relativement bien avec les détenus en demande. Mais la prison ne reste pas un atout d'alliance.»</p> <p><u>Ouverture sur l'extérieur. bouffée d'air</u></p> <p>«on est peut-être quand même une ouverture sur l'extérieur.»</p> <p>«c'est peut-être plus vraiment en lien avec la prévention des maladies infectieuses, mais on fait appel à nous aussi parce que ça permet au détenu de se sortir de la cellule, de sortir un petit peu des conversations qu'il peut y avoir régulièrement avec les autres détenus et puis, euh simplement d'avoir une bouffée d'air et de parler un petit peu d'autre chose. Voilà.»</p>	<p><u>Demande injustifiée</u></p> <p>«Après c'est vrai que, étant dans la prison, le service médical fait, doit faire face à un certain nombre de demandes non justifiées, c'est un peu l'appel à consommer du médical aussi. Donc justement si on y met pas le holà, si on est pas bien cadrant aussi, euh dans ce sens-là, on peut effectivement soigner beaucoup pour pas grand chose non plus. Les détenus savent qu'on est là, 24h sur 24, donc voilà.»</p> <p>«Après il y a le filtre aussi des gardiens, qui euh, les détenus doivent passer par le gardien pour faire appel à nous, ou via le courrier. Donc voilà, après c'est à nous, part notre expérience aussi, et puis par notre rôle infirmier, de définir qu'est-ce qui est une priorité ou pas.»</p>

	Impact positif de la prison	Limites de l'alliance thérapeutique
Entretien 3	<p><u>Pas d'amalgame + bouffé d'air</u></p> <p>«La principale chose, c'est que le médical ici... ils savent tous, parce qu'ils ont une grande expérience de la prison, que le médical est indépendant de la prison. Tout ce qui se dit au service médical reste dans le médical et que ça n'ira jamais à l'administration pénitentiaire ou vers les gardiens. Donc ça, c'est vachement important .... Donc ils savent que c'est indépendant et puis, euh le service médical, pour eux, c'est un peu une bouée, une bouée de secours. Donc ils montent volontiers ici. Et de part ça, on arrive à créer... c'est pour ça qu'en fait... euh comment je pourrais m'exprimer? Ils ont pas envie d'être en prison, c'est le postulat de départ. Donc grâce au service médical, le service médical peut leur apporter un petit peu de confort, ça ils le savent bien. Donc c'est parce qu'ils aiment pas la prison, c'est cet effet néfaste de la prison, c'est parce qu'ils aiment pas la prison, qu'on arrive à créer une alliance thérapeutique.»</p> <p>«Oui, c'est dans ce sens-là. De part ce côté néfaste de la prison, ça a du positif pour nous, le service médical ouai. La prison l'enfermement ça a un côté angoissant, stressant, tu somatises plein de chose, tu deviens presque dépendant quoi, les gens quand ils sortent de prison ils savent plus ouvrir une porte quoi, c'est dans ce sens-là. Une personne ici, c'est un matricule, il a presque le droit à rien dire, donc dans ce sens-là, oui dans ce sens la quoi.»</p> <p><u>Premier accès aux soins</u></p> <p>«Après oui, c'est vrai, parfois c'est leur première porte d'entrée à la santé, mais en ce moment moins quoi, la prévention moins. Ils viennent ici et on traite au plus urgent.»</p>	<p><u>Ambulatoire</u></p> <p>«On peut pas faire de l'alliance thérapeutique comme à l'hôpital ou en psychiatrie, on est ambulatoire hein, on peut pas créer une grosse alliance thérapeutique.»</p> <p><u>Manipulation</u></p> <p>«Alors il y a beaucoup de manipulations autour de ça. C'est pas une vrai alliance thérapeutique moi je dirais. Peut-être ok, avec certains patients. Mais souvent ils montent ici pour avoir beaucoup de médicaments, donc voilà quoi. C'est à nous de, comment dire, poser des limites et c'est à nous de négocier, de revoir le patient.»</p>
Entretien 4	<p><u>Espace de parole</u></p> <p>« c'est un espace de parole important et même si on parle pas du vrai problème, on crée un lien quand même. »</p> <p><u>Premier accès aux soins</u></p> <p>« c'est la première fois qu'ils entendent parler de transmission, ou que par exemple la cocaïne il faut pas faire n'importe quoi, ou que quand ils ont bu de l'alcool bah ils sont désinhibés et qu'ils se rendent plus compte de ce qu'ils font et que c'est là qu'ils peuvent prendre des risques, voilà quoi, c'est un premier accès au soin pour certains ».</p> <p><u>Pas d'amalgame avec autorité</u></p> <p>« Quelques fois, quelques fois oui, mais moi dans mon cas personnel hein, je leur dis tout le temps que, voilà leurs problèmes judiciaires nous on sait pas les délits, bon bien souvent on le sait, ils nous le disent eux-mêmes parfois, mais on sait pas forcément franchement, nous on est vraiment à part de ça et qu'on a pas à le savoir et qu'on est vraiment distants de ça et, en général, ça se passe plutôt bien ».</p>	<p><u>Amalgame avec autorité</u></p> <p>« Bien que l'unité médicale soit séparée de l'autorité carcérale, peut-être que le détenu faisait tout de même un amalgame par exemple? Quelques fois, quelques fois oui »</p> <p><u>Manipulation</u></p> <p>« c'est à ce moment-là eux qu'ils peuvent nous utiliser, parce que l'avocat peut dire par exemple, ok si vous avez un suivi à l'extérieur, si vous avez un certificat qui dit que vous êtes suivis à l'extérieur pour les addictions euh bah ça va vous aider pour votre problème judiciaire et donc eux-mêmes ils peuvent utiliser ça. Ça, ça arrive souvent. »</p> <p>« Ce qui peut être aussi parfois embêtant, c'est qu'ils montent au service médical en pensant, par ce biais-là, obtenir des trucs ou plus de choses et là on leur dit que nous on est pas là pour ça, mais on profite de ce moment pour leur parler des risques, de se piquer avec la seringue des autres, etc ...par exemple pour avoir des médicaments, des benzo, de tout quoi, pour les revendre. »</p>

	<b><i>Trois éléments-clés liés aux difficultés de l'application de la prévention primaire chez les toxicomanes</i></b>
<b>Entretien 1</b>	<p>« <u>La durée de l'incarcération</u> : certains processus de prise en charge sont parfois interrompus de manière abrupte, étant donné que bon nombre de "patients-détenus" sont libérés souvent du jour au lendemain »</p> <p>« <u>La précarité et la marginalisation</u> représentent une difficulté dans la mise en œuvre de mesures préventives: les personnes précarisées ont souvent une grande difficulté à poursuivre des soins proposés pour de multiples raisons. Et pour plusieurs mesures préventives, elles ne sont efficaces que si elles sont poursuivies à la sortie... »</p>
<b>Entretien 2</b>	<p>« Euh...bah je dirais <u>le milieu</u> tout simplement. »</p> <p>« Le <u>bas seuil</u> de soins et de visée thérapeutique qu'on peut avoir. »</p> <p>« Et puis euh... euh je sais pas le dernier, euh je sais pas il faut que ça reste <u>une opportunité de prévention</u> de tout manière. C'est une porte ouverte pour les personnes qui en ont besoin. »</p>
<b>Entretien 3</b>	<p>« Euh, qu'est-ce que je pourrais dire... la première difficulté, c'est plutôt, par rapport à un toxicomane, <u>l'acceptation de lui vouloir faire quelque chose</u>. Ça c'est... chez les toxicomanes, surtout chez les jeunes toxicomanes quoi. Si je pouvais argumenter un peu plus, bah voilà il y a des toxicomanes, ils sont pas encore à l'instant T où ils se disent voilà il faut que je sorte de ce problème et le produit n'est plus important pour moi. Ça c'est vraiment la difficulté. Surtout qu'ils viennent pas dans le but d'arrêter de consommer. Le produit est plus important que penser à la prévention maintenant. Surtout chez les jeunes toxicomanes. »</p> <p>« La deuxième difficulté, dans la mise en place d'une prévention... bah en milieu carcéral, le problème c'est <u>qu'ils trouvent du produit ici</u>. Donc vu qu'ils trouvent du produit, ils ont pas besoin de monter ici. Ils ont tout ce qu'il faut à la promenade, donc la prévention c'est vraiment pas leur souci. C'est aussi facile pour eux de trouver du produit ici qu'à l'extérieur. »</p> <p>« Et la troisième difficulté qu'on a, bah c'est <u>la prison en elle-même</u>. Par rapport au programme d'échange de seringues. je trouve que c'est moins présent maintenant, mais on a eu ça il y a deux ans en arrière, moins maintenant: c'est des seringues qu'on donne automatiquement à la porte de la cellule et donc les gardiens peuvent voir, voyaient, puisque c'est eux qui ouvrent la porte. Et puis ben le regard du gardien sur le détenu, ça ça posait problème aux détenus. »</p> <p>« C'est ça la difficulté, c'est <u>qu'on travaille en partenariat avec eux tout le temps</u>. On travaille pas ensemble mais en partenariat. Il y a le secret de la prison, le secret médical et entre ça, il faut trouver une zone où on peut travailler ensemble. »</p>
<b>Entretien 4</b>	<p>« Les difficultés c'est <u>l'accès aux détenus</u>, parce que voilà il faut pouvoir les voir. »</p> <p>« La <u>barrière culturelle</u> »</p> <p>« La <u>barrière de la langue</u> »</p> <p>« Et puis moi je dirais aussi, <u>l'implication des gens eux-même</u> par rapport aux messages qu'on va donner ». »</p>



## 4.3 Interprétation des résultats

### 4.3.1 *Impact de la communication sur la prévention primaire*

La prévention primaire se construit à travers la communication d'un message.

Une différence doit être faite entre communication et information, qui sont souvent utilisées à tort comme synonymes. Toute communication contient inévitablement de l'information, mais pas uniquement. Elle utilise une série de "codes" de références qui permettent à l'émetteur et au récepteur d'entrer en communication. (Sancho-Garnier, 2007, p. 19)

À Champ-Dollon, la prévention primaire se fait à travers l'information (brochures, canal-TV, affiches) et la communication (entretiens individuels, consultations spécialisées). La limite de l'information est qu'elle ne prend pas en compte la spécificité de chaque récepteur et de ce fait, il n'y a pas l'assurance que le message transmis par l'émetteur soit correctement reçu. Tandis que la communication se construit et s'adapte en fonction des acquis, des ressources de compréhension et des besoins du récepteur.

«L'information, quelle que soit sa forme avant transmission, est à "l'état brut". L'objectif est de l'adapter à la cible préalablement définie. C'est ainsi que le message sera conçu et que l'on pourra alors communiquer» (Sancho-Garnier, 2007, p. 22).

### Langue

Avant tout, il est indispensable de mettre en avant que: «Le droit à être compris et informé est un droit fondamental du patient/client ... » (Mader, 2000, p. 69).

L'une des problématiques souvent rencontrées à Champ-Dollon est liée aux problèmes de langue. En effet, comme nous l'avons dit précédemment il y a plus de 109 nationalités en prison. Ces données nous ont en effet interpellées et nous nous demandions comment cette problématique était vécue par les soignants et comment elle était gérée.

Toutes les personnes interviewées nous ont fait part de cette difficulté.

«La barrière de la langue c'est un véritable problème» (communication personnelle [entretien 2] 16 mai 2013).

«Une autre des limites est celle de la langue. Ça peut être compliqué... forcément ça peut être un handicap pour les gens [les soignants] qui maîtrisent pas les langues telles que le russe, le géorgien, l'arabe, l'anglais même tout simplement» (communication personnelle [entretien 2] 16 mai 2013).

Ainsi, le problème se retrouve tout d'abord dans les brochures d'information distribuées dès l'arrivée en prison des détenus. Celles-ci ne sont pas traduites dans d'autres langues ce qui rend la compréhension des messages impossible pour certains détenus. Sachant que, une simple information ne suffirait pas à changer des comportements à risque, alors qu'en est-il d'une information donnée dans une langue non compréhensible pour les détenus?

En effet, «Parce que c'est vrai que celle-ci est pas forcément très accessible, elle est pas traduite, donc bon les gens qui parlent pas français, bah ils y comprennent pas grand chose» (communication personnelle [entretien 2] 16 mai 2013).

Le service médical est conscient de cette limite et c'est pour cette raison que la brochure va être revue et traduite dans les langues les plus courantes à Champ-Dollon.

«À savoir qu'il n'est pas traduit dans d'autres langues, c'est pour ça qu'il va être refait pour être traduit en arabe, russe, roumain, je pense. C'est un peu les langues les plus rencontrées» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

Pour ce qui est des entretiens individuels, la barrière de la langue se fait également ressentir. En effet, il n'est pas toujours évident de communiquer un message de prévention aux détenus qui ont une compréhension de la langue française faible voire inexistante.

Les soignants ont donc développé plusieurs stratégies pour faire face à cette difficulté. Tout d'abord, ils mettent en avant le fait que leur équipe comprend des soignants qui parlent le russe et le polonais et qu'ils sont également engagés en fonction des langues parlées: «Ici on est embauché aussi en fonction des langues, on parle tous pas mal de langues» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013). Ces atouts propres à l'équipe soignante permettent donc de débloquer certaines situations et de travailler avec

les détenus ne parlant pas français.

Cependant, cette difficulté n'est pas réglée pour autant. Lorsque les infirmiers polyglottes ne sont pas en service, la prévention doit se faire, le suivi doit être garanti.

Dans cette situation, une des stratégies est d'effectuer les entretiens dans une langue commune, souvent l'anglais. Le risque est que cette langue ne soit correctement maîtrisée ni par l'un ni par l'autre des interlocuteurs. De ce fait, le message sera certainement beaucoup moins explicite, voire incorrect.

«Donc même si les gens de l'Est parlent beaucoup de langues, notamment l'anglais, ça peut aider, mais c'est pas non plus une solution de parler dans une autre langue quoi. Par exemple, quelqu'un qui est albanais et puis moi je suis français et on parle en anglais, c'est pas la meilleure des solutions, parce que y a un message correct à faire passer. Donc oui ça c'est une vraie limite ici.» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

De ce fait, les soignants ont la possibilité de faire appel à un interprète afin de faciliter la communication avec le détenu. Il est vrai que nous ne l'avons pas évoqué dans notre cadre de références, car en élaborant ce dernier, nous n'avons pas pensé à cet aspect-là.

Comme nous le dit Mader (2000), «Quelque soit son statut, tout patient/client de langue étrangère qui en a besoin doit avoir accès à un interprète» (p. 69).

Malheureusement un problème se pose: «On essaye, mais on peut pas tout le temps non plus quoi. Voilà quoi. Parce que c'est vrai que parfois il faut aller vite dans l'explication de la prévention et puis bah d'organiser un interprétariat ça prend un petit peu de temps quand même quoi. Donc si c'est pour faire une consultation d'une heure, c'est pas possible» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

On voit ici que le soignant met en lien cette problématique avec la question du temps. Ainsi on peut supposer que cela peut représenter un frein à la sollicitation d'un interprète. D'autant que, «il faut aller vite dans l'explication de la prévention» et il rajoute «Donc si on bouffe une heure pour une prévention, c'est pas possible» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

Il nous semble pertinent de mettre en lien cette réflexion avec les propos de Sancho-

Garnier (2007): «L'ambiance a une incidence sur la façon dont l'émetteur va exprimer le message et sur la façon dont le récepteur va le recevoir» (p. 25). Le lien que nous faisons est que cette "pression" du temps puisse influencer sur l'ambiance et donc avoir des conséquences sur la qualité du message de prévention. En effet, contraints par la limite temporelle, les soignants – du fait de cette ambiance – peuvent être menés à transmettre un maximum d'information en n'utilisant pas toutes les techniques d'entretien (reformulation, écoute active, etc.).

En conclusion, nous constatons que la barrière de la langue implique des difficultés quant à l'application de la prévention primaire. Tous ont abordé cette difficulté en faisant ressortir les atouts de l'équipe et les stratégies que le service médical a mis en place. Nous pouvons donc observer leurs capacités à rebondir sur ces limites et les compétences qu'ils développent pour les pallier.

## **Culture**

Il nous semble tout d'abord essentiel de préciser que lorsque nous employons le terme de culture, celui-ci ne concerne pas, à proprement parlé, les cultures en lien avec les origines, mais les valeurs personnelles et de groupe, fondements même de la culture carcérale.

Cette dernière, que nous avons précédemment citée dans notre cadre de référence, est évoquée par Langlet (2008) à travers l'exemple du tabou de l'homosexualité: «Par ailleurs prendre des préservatifs n'est pas un geste anodin pour beaucoup de détenus, il peut lever le tabou des rapports sexuels en prison. Un tabou d'autant plus lourd que le contexte carcéral accentue les réactions homophobes» (p.15).

Cette problématique a souvent été énoncée dans les entretiens. Les soignants l'ont mise en lien avec deux outils de prévention primaire. Le premier étant la brochure informative qui contient des images vécues comme choquantes et le deuxième concernant l'accès aux préservatifs. Nous allons discuter chacun de ces outils.

Premièrement, les brochures d'information expliquant les moments à risque de transmission d'IST, dans lesquels le port du préservatif est recommandé. Celles-ci ont été vécues comme choquantes car elle contiennent des dessins explicites de rapports sexuels vaginaux, anaux et oraux. Et dans la mesure où elle s'adresse aux détenus

pendant leur incarcération, elle implique donc la possibilité de rapports homosexuels.

Comme nous le dit Sancho-Garnier (2007) «les images violentes soulèvent des questions. Bien qu'elles attirent ... elles effrayent également. Elles peuvent provoquer malaise et dérangement ... [Le message] doit s'adapter à la mouvance, à la culture» (p.31).

En effet, «Et puis, au début on le donnait vraiment à tout le monde, mais par exemple ça, aux maghrébins bah ça les touche. [Il nous montre des dessins de pénétrations anales]» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

L'un des rôles de l'équipe soignante carcérale est celui de la prévention primaire des maladies infectieuses. Pour mener leur projet à bien, et pour ce qui est de cette brochure, les soignants ont souhaité la distribuer systématiquement à l'entrée, afin que chaque détenu puisse accéder à cette information.

Aucun soignant ne nous l'a affirmé, mais nous supposons que l'utilisation d'images explicites était une façon de pallier le problème de la barrière de la langue et de s'assurer de faire passer un message aussi précis que possible. Sachant la façon dont a été reçu ce support par les détenus, les soignants ont entamé une réflexion autour de cette brochure et ont mis en place un groupe de travail afin d'en recréer une plus adaptée à la réalité du terrain.

«Donc c'est pour ça que c'est en phase de réfection et de réflexion en même temps» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

Deuxièmement, l'accès aux préservatifs à l'intérieur de la prison qui renvoie le message encore plus clair d'une possibilité de rapports homosexuels.

«Si si ça, ça les a choqués oui, ça ça les a choqués. Ou oui les préservatifs qui étaient donnés avant, à l'entrée par exemple, ça a posé beaucoup de problèmes. Moi j'ai eu plusieurs Africains qui ont... moi j'en ai eu un qui m'a balancé le cahier, qui est monté en consultation, il avait reçu ça et il hurlait pour qui on le prenait, parce qu'il avait eu ça. Et puis c'est vrai, que bah ça c'est sûr qu'ici l'homosexualité c'est quelque chose qui est très tabou» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

L'équipe médicale a, dans un premier temps, mis en place une distribution systématique

de préservatifs à l'arrivée en prison de chaque détenu. Cette stratégie permet d'anticiper les situations dans lesquelles les détenus pourraient en avoir besoin et donc favoriser l'utilisation de cet outil de prévention. Malheureusement, beaucoup de détenus ont également mal vécu cette situation, ils se sont sentis heurtés dans leurs valeurs.

Les détenus ayant pu l'exprimer, les soignants ont adapté leur stratégie de prévention en proposant un accès aux préservatifs par le biais du service médical. Les préservatifs se trouvent dans un panier qui permet aux détenus de se servir sans avoir à expliciter la demande, ni à la justifier.

«Puis à la limite, ils peuvent même, bon ça on l'a quasiment jamais eu, mais même écrire euh par exemple qu'ils voudraient des préservatifs .... Mais moi, personnellement, j'ai jamais vu quelqu'un qui dise quoique ce soit, ils prennent et ils disent rien» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

L'avantage de cette stratégie est qu'elle permet au soignant en contact avec le détenu de transmettre un message de prévention à la personne qu'il a en face de lui. Nous imaginons que, non seulement la communication est individualisée, mais en plus le détenu récepteur du message est peut-être plus réceptif du fait qu'il s'apprête à avoir un rapport et que donc il se sent plus concerné à ce moment.

D'un autre côté, nous relevons deux difficultés liées à cette stratégie.

Premièrement, nous supposons que le détenu, ne pouvant anticiper chaque rapport sexuel qu'il pourrait avoir, risque d'être amené à avoir un rapport sans protection et donc entrer dans la chaîne de la transmission. Les rapports sexuels ne sont rarement programmés, ils revêtent généralement un caractère spontané. Devoir faire une demande écrite au service médical afin d'y être reçu pour accéder au panier des préservatifs empêche les rapports spontanés ou mène les personnes à adopter des comportements à risque. Ceci peut être renforcé par l'absence d'urgence liée à ce type de demande qui ne justifie pas d'accéder rapidement aux préservatifs.

En effet, «Il faut faire une demande par écrit et, vu la surpopulation actuelle, il faut la motiver par un caractère d'urgence pour qu'elle soit prise en compte. Or, la demande de préservatifs n'est pas considérée comme telle» (François Bes, cité par Langlet, 2008, p. 15).

Deuxièmement, nous savons que le détenu doit formuler une demande écrite afin d'accéder au service médical et donc aux préservatifs. Cette démarche empêche la discrétion que pourrait souhaiter le détenu, bien qu'il n'ait pas à se justifier vis-à-vis du soignant, il doit tout de même faire face au regard de ce dernier. Ceci peut donc représenter un frein à ce type de démarche et amener le détenu à avoir des rapports à risque.

En effet, «Il est possible que certaines personnes puissent se sentir gênées de "se servir" en présence de soignants» (communication personnelle [entretien 1] 15 février 2013).

L'équipe soignante ayant conscience de tous ces biais, un projet visant à mettre en place un distributeur de préservatif à des accès stratégiques (douches, etc.) est en cours de réflexion.

«Nous sommes en train de réfléchir à des possibilités de rendre la distribution de préservatifs un peu plus "confidentielle" ... je pense qu'on pourrait mettre en place quelque chose qui faciliterait l'accès et qui serait moins stigmatisant pour les détenus, comme par exemple un distributeur dans les douches» (communication personnelle [entretien 1] 15 février 2013).

En somme, la question que l'on se pose est au sujet de la balance "coûts-bénéfices". Est-il préférable de respecter la discrétion qu'apporteraient les distributeurs de préservatifs aux détenus ou de favoriser un accès au service médical qui permettrait aux soignants de faire passer un message de prévention à ce moment-là?

Bien que l'avantage de la stratégie actuelle (qui consiste à monter au service médical) permet ce contact direct qui favorise la communication d'un message de prévention individualisé, il nous paraît évident que la démarche même de recherche de préservatif prouve la connaissance du détenu au sujet de la protection.

De ce fait, nous pensons que le projet de mise en place de distributeurs comporte davantage de bénéfices, il permet aux détenus de se servir plus librement sans avoir à se justifier, ni à affronter le regard du soignant. Ceci diminue donc la probabilité de comportements à risque.

À noter que cela n'empêche en rien d'effectuer des messages de prévention quant aux rapports sexuels, étant donné que les brochures informatives et les entretiens individuels restent d'actualité.

Au travers de nos lectures, nous avons pu constater que cette problématique du tabou de l'homosexualité est récurrente dans toutes les prisons.

Il faut dire que l'introduction de préservatifs en prison se heurte encore à de nombreuses difficultés tant "philosophiques" que pratiques. La sexualité en milieu carcéral reste largement taboue – qu'il s'agisse des relations entre les détenus ou leurs compagnes au moment des parloirs, des rapports, consentis ou non, entre détenus ou de prostitution dans un milieu où l'homophobie est de rigueur. (Delpech, 2012)

La sexualité est non seulement taboue, mais elle est même parfois interdite dans certaines prisons d'Europe.

«Certains pays – comme la Pologne, pour des raisons religieuses – ont même interdit la distribution de préservatifs aux détenus» (Stöver, cité par Seronet, 2013).

Dans ce contexte, nous pouvons donc constater que la prison de Champ-Dollon est avant-gardiste. Non seulement, elle a déjà mis en place des stratégies plus évoluées que d'autres prisons et elle est consciente de la réalité du terrain. Mais en plus, elle continue de s'interroger sur la qualité des stratégies mises en place et en recherche de nouvelles.

#### ***4.3.2 Impact de l'environnement sur la prévention primaire***

En reprenant les propos de Knüsel (2002), les stratégies de prévention se basent sur deux conceptions: la conception globalisante «en modifiant les conditions générales de l'environnement» et la conception restreinte «en cherchant à obtenir des changements dans les comportements individuels».

Bien que les soignants n'ont pas le pouvoir d'agir sur l'environnement, celui-ci relevant de l'autorité pénitentiaire, ils sont amenés à s'y adapter dans la mise en application de la prévention primaire.

En effet, la totalité de nos entretiens relèvent l'importance de l'impact de l'environnement sur la prévention. Ils l'évoquent à travers différents aspects que sont la surpopulation carcérale, la confidentialité, l'aspect sécuritaire, ainsi que la durée d'incarcération.



## **Surpopulation**

«Et puis ici il y a la surpopulation. Bah les limites, c'est la surpopulation. En ce moment, c'est la surpopulation» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

«On est 831 aujourd'hui, la prison est faite pour 350 personnes ... » (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

«Et puis bah sinon, cette surpopulation elle change toute la donne ... » (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

Le problème de la surpopulation carcérale actuelle influe sur la prévention primaire selon plusieurs angles.

Ceci se traduit par une demande de soins accrue, alors que la capacité d'offre de soins reste la même, puisque le nombre de personnels soignants n'augmente pas.

En effet, «Pour une augmentation linéaire de la population carcérale, il n'y pas d'augmentation linéaire des demandes de soins, mais plutôt une augmentation exponentielle» (Rieder, cité par Madhkour, Karimzadeh, Hsieh & Correia, 2009, p.33).

De ce fait, les soignants sont amenés à effectuer un tri dans les soins à prodiguer et dans ce contexte les soins d'urgence priment et la prévention primaire est reléguée au second plan.

«C'est vrai que les problèmes somatiques prennent le pas sur la prévention. Même les problèmes psy, bah y en a de plus en plus quoi. Et puis c'est toujours la prévention qui prend» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

« ... donc bah on est obligé de trier et voir les priorités. Et forcément ça va pénaliser la prévention.» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

«Mais tout ce qui est éducation en lien avec la prévention... en ce moment ouai ça pêche. Et du coup les comportements risquent de se reproduire, et c'est ça qui est dommage» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

De plus, les consultations spécifiques sont également touchées. En l'occurrence les

consultations addictions qui permettent non seulement un suivi de la consommation de drogues, mais en plus, la communication d'un message de prévention individualisé quant à la transmission des maladies infectieuses.

«Donc il y a beaucoup de consultations spécifiques qui sautent et puis bah c'est la prévention qui est touchée» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

« ... autant avant c'était quelque chose qui avait une place importante, maintenant avec la surpopulation, avec cette situation bah c'est souvent ces consultations qui tombent» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

Cette surpopulation affecte également les gardiens qui revendiquent davantage de personnel pour faire face à cette situation. Pour se faire entendre, ils ont entamé une grève et ont imposé comme condition de ne monter qu'un détenu à la fois au service médical, ce qui diminue l'opportunité pour les soignants de voir les détenus en entretiens individuels.

« ... en ce moment ce qui se passe par rapport à la surpopulation et ben il y a un problème au syndicat et donc les syndicats sont un peu en bisbille avec l'État et donc les gardiens nous montent les détenus un par un. Avant il les montaient par trois, voire quatre. Donc maintenant, ils les montent un par un, ça veut dire qu'au lieu de voir tout le monde sur une journée, bah on est un peu bloqué quoi. Donc il y a beaucoup de consultations spécifiques qui sautent et puis bah c'est la prévention qui est touchée» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

Bien que les soignants ne peuvent pas agir directement sur la surpopulation actuelle, ils trouvent des stratégies pour continuer à remplir la mission du service médical, qui comprend le fait de «développer des actions de prévention et de promotion de la santé ...» (HUG, 2012).

Pour ce faire, ils ont trouvé comme solution de s'entretenir moins régulièrement avec les détenus, afin de pouvoir en voir plus.

«On est obligé de faire un tri et donc on voit plus de monde, mais moins régulièrement» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

Nous trouvons intéressant de mettre cela en lien avec l'entretien motivationnel, cité dans notre cadre de références, celui-ci ayant pour but d'accompagner le patient dans un

changement de comportement. Pour ce faire, le soignant doit adopter un rôle durant chaque étape du changement afin d'aider le patient à passer à la prochaine phase. Ceci est décrit par Proshaska et Di Clemente à travers le modèle transthéorique du changement. De ce fait, nous pouvons imaginer que le fait de ne pas voir régulièrement les détenus pourrait être un handicap dans la prise en charge infirmière. En effet, nous avons toutes les deux pu effectuer des entretiens motivationnels en stage et nous avons constaté que cela demande un suivi régulier afin d'accompagner le patient dans le changement des comportements à risque.

Malgré les difficultés évoquées, nous savons que les messages de prévention de type information (à travers les brochures, les affiches et le canal info-TV) sont toujours d'actualité à Champ-Dollon. De ce fait, nous imaginons que la stratégie est de mettre l'accent sur ces supports informatifs afin de pallier ces manques, sans pour autant écarter les entretiens individuels, car les soignants savent que l'information est insuffisante pour obtenir un changement dans les comportements à risque. En effet, «Mais si informer est indispensable, cela est insuffisant pour modifier les comportements, ce qui est pourtant l'objectif de la prévention» (Sancho-Garnier, 2007).

D'autre part, cette surpopulation implique une promiscuité considérable.

En effet, selon Madhkour et al. (2009)

Les cellules individuelles (12m<sup>2</sup>) sont maintenant occupées par trois personnes dont une dort sur le sol avec un matelas sans lit .... Les cellules de trois hébergent (25m<sup>2</sup>) à leur tour cinq personnes et quelques fois six. Par conséquent, la taille des cellules ne répond plus aux normes fédérales en matière de construction qui recommande un minimum de 10m<sup>2</sup> pour un individu et 22m<sup>2</sup> pour trois détenus. (p. 32)

Dans notre cadre de références, nous avons évoqué les conséquences de la promiscuité sur la transmission des maladies infectieuses. «Une promiscuité qui peut encourager le partage de matériel contaminant – notamment au VHC – comme des ustensiles de toilettes (rasoir, brosse à dents...) ... » (Langlet, 2008).

Aucun des entretiens n'a évoqué la problématique du partage de matériel contaminé. On peut donc imaginer que celle-ci n'est pas récurrente à Champ-Dollon et que donc les messages de prévention y relatifs sont bien reçus par les détenus.

Cependant, un entretien a relevé le fait que certains détenus laissent traîner du matériel susceptible de transmettre des maladies infectieuses.

«Et puis ben il laissait traîner ses seringues comme ça dans cet espace tellement clos, tellement réduit 23 heures sur 24. Donc ça c'était vraiment revoir avec la personne toxicomane qu'il faut respecter des règles, très importantes, c'est-à-dire voilà se mettre dans un endroit seul, dans les toilettes qui sont fermées par exemple, c'est-à-dire pas se mettre sur le lit avec son garrot et se piquer devant tout le monde, utiliser les tubes qu'on leur donne, ne pas laisser traîner les seringues, être discret par rapport aux autres et voilà. Parce que ce monsieur était plein de questionnement par rapport à l'hépatite, par rapport au VIH et toutes ces choses-là. Donc ça c'est vraiment des choses je dirais, avec la surpopulation carcérale, au niveau de la prévention, à vraiment quand on donne les seringues et qu'on fait ces choses-là, à voir avec les gens, bien leur rappeler quelles sont les règles» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

Nous pouvons donc observer l'importance que donnent les soignants à l'information et l'éducation des détenus quant aux règles d'hygiène et de sécurité à respecter, que ce soit lors du programme d'échange de seringues ou lors des actes de la vie quotidienne, d'autant plus dans un contexte de surpopulation.

### **Aspect sécuritaire**

À travers les entretiens que nous avons effectués, la thématique de l'aspect sécuritaire est ressortie. Bien entendu, cette notion propre au milieu carcéral rejaillit sur nombre d'évènements de la vie quotidienne des détenus, mais elle nous concerne sur un point bien précis en lien avec la prévention primaire des maladies infectieuses. Il s'agit de la communication groupale évoquée dans notre cadre de références. Il ressort de nos entretiens que ce type de prévention effectué auprès d'un groupe d'interlocuteurs, avec tous les avantages qu'il comporte, reste actuellement impossible à Champ-Dollon auprès de la population masculine.

«Moi je dirais ce qu'il manque, mais ça c'est impossible avec les hommes, c'est des... Comme quand on fait la journée sida, c'est des moments où on les retrouve en groupe et on leur donne des informations quant aux hépatites par exemple .... Et ça on peut pas le faire avec les hommes, c'est pas possible pour l'instant, pour des questions de sécurité, de surpopulation, enfin voilà, il y a tellement de... mais ça, ça serait, voilà important»

(communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

La communication d'un message de prévention effectuée auprès d'un groupe apporte certains avantages développés par Tessier (2012) que nous avons exposés dans notre cadre de références.

Pour rappel, il s'agit de:

«s'extraire du problème personnel», «travailler sur les représentations partagées», «construire un discours commun», «faire entrer le comportement dans la norme de groupe», «identifier les personnes ressources», «dédramatiser» (p.50-51).

Ces avantages ont été corroborés par l'un des entretiens:

«Parce qu'on se rend compte que quand on fait ça chez les femmes, c'est vraiment des moments très bien, très enrichissants, parce qu'elles sont en groupe, il y a des questions qu'une va poser que l'autre oserait pas poser, euh il y a toujours... voilà elles arrivent à tirer quelque chose de ces informations» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

Comme nous l'avons dit précédemment, les soignants n'ont pas le pouvoir d'agir sur cette situation et doivent donc développer des stratégies pour la pallier. On peut imaginer qu'ils en prennent donc compte lors des entretiens individuels, en mettant en avant le fait que d'autres vivent la même situation, qu'ils peuvent sans autre en discuter avec d'autres détenus. Malheureusement les avantages qu'apporte la prévention en groupe, ne peuvent pas, selon nous, être remplacés par d'autres stratégies. Il n'y a pas réellement de solution à cette difficulté, il est cependant important d'en avoir conscience.

Un deuxième point qui a été mis en avant lors de nos entretiens quant à l'aspect sécuritaire de la prison concerne la collaboration avec l'autorité pénitentiaire et les gardiens. En effet, la collaboration avec les gardiens est permanente et il est donc essentiel d'avoir l'accord et l'adhésion de l'autorité lors de la mise en place de programmes de prévention.

«Néanmoins ceci [la mise à disposition de local pour les tatouages] nécessite une étroite collaboration avec la direction de l'établissement pénitentiaire, et c'est un processus qui prendra du temps» (communication personnelle [entretien 1] 15 février 2013).

«C'est ça la difficulté, c'est qu'on travaille en partenariat avec eux tout le temps. On travaille pas ensemble mais en partenariat .... Donc pour ce programme de tatouage là, il va falloir qu'on travaille ensemble, pour que la prison accepte et puis voilà quoi» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

Cet aspect est à prendre en compte. Bien que le service médical de Champ-Dollon appartienne au département de médecine communautaire des HUG, il se trouve au sein de la prison et doit donc obtenir l'accord des autorités pour mettre en place des programmes.

De plus, il est essentiel de collaborer au mieux avec les gardiens. En effet, lors d'un entretien il a été discuté de la difficulté de la mise en place du programme d'échange de seringues:

«Ce que je me souviens, c'est que, tout au début, il y avait donc pas le programme d'échange de seringues, ça a été mis en place après, ce qui a fait pas mal de questionnements par rapport à ça, à la prévention des risques, parce que c'était quelque chose d'assez compliqué à mettre en place par rapport aux gardiens» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

Cette difficulté peut s'expliquer par le paradoxe soulevé par Karger, Berger et Uchtenhagen (2000) «En particulier, la contradiction du devoir de sanction et de l'interdiction de consommer des drogues donne du fil à retordre aux collaborateurs» (p.5).

En effet, nous pouvons donner du sens à la réticence des gardiens par le sentiment de contradiction entre la consommation illégale de drogues qui, dans certains cas, mène à l'incarcération et l'impression de cautionner ce comportement illégal.

De plus, l'aspect sécuritaire inquiétait les gardiens.

«Dans les prisons, les gardiens peuvent parfois être inquiets d'un usage détourné dont pourrait faire l'objet les seringues» (communication personnelle [entretien 1] 15 février 2013).

Cependant «l'expérience de plusieurs années a montré que jamais nous n'avons eu à déplorer d'accident ou d'utilisation d'aiguille comme "arme". Ce programme a de bons résultats, il y a plus de 80% de retours de seringues» (communication personnelle [entretien 1] 15 février 2013).

Cette problématique a été résolue par le service médical en appuyant la pertinence de ce programme par des évidences scientifiques qui mettent en exergue les bénéfices de l'échange de seringues et qui a permis aux gardiens d'accepter et de collaborer à la mise en place du projet.

«Il y a des discussions qui ont été faites avec les gardiens et puis il y a des études qui sont sorties il y a pas si longtemps que ça, par rapport aux programmes d'échange de seringues. Et puis les gardiens l'ont vue cette étude-là et ils ont aussi pu voir qu'il y a moins de seringues usagées dehors» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

«J'insiste sur ce point, disposer d'évidences scientifiques irréfutables obtenues au travers d'études est indispensable avant de pouvoir mettre en place de tels programmes» (communication personnelle [entretien 1] 15 février 2013).

## **La confidentialité**

Cette dimension se décline sous deux angles. D'une part le secret médical vis-à-vis des gardiens et d'autre part la confidentialité judiciaire vis-à-vis des soignants.

La difficulté quant à la confidentialité vis-à-vis des gardiens est ressortie dans les entretiens au sujet du programme d'échange de seringues.

En effet, nous savons que l'échange de seringues se fait à la porte de la cellule du détenu en présence d'un gardien. Ceci va à l'encontre de la confidentialité puisque le gardien, présent, a connaissance de la participation du détenu à ce programme, ce qui sous-entend que le détenu est un usager de drogues.

« ... c'est des seringues qu'on donne automatiquement à la porte de la cellule et donc les gardiens peuvent voir, voyaient, puisque c'est eux qui ouvrent la porte. Et puis ben le regard du gardien sur le détenu, ça ça posait problème aux détenus» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

De plus, il a été soulevé une des conséquences à ce manque de confidentialité:

«Et puis avant c'est qu'on voyait souvent des... donc on donnait souvent des boîtes flash aux détenus et puis on pouvait voir des fouilles de cellules les jours suivants ou les

semaines suivantes» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

Par conséquent, en plus de cette non confidentialité, ceci a amené certains détenus à abandonner le programme d'échange de seringues, par peur d'être sanctionnés par les gardiens quant à leur possession de drogues. Ce qui représente donc une limite majeure à l'adhésion par les détenus aux stratégies de prévention primaire proposées par l'équipe médicale.

«Donc de ça, comme il y avait des fouilles, bah ça peut être un frein à demander des boîtes flash» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

Heureusement ces fouilles n'ont plus lieu:

«Donc là il y a une éducation qui a été faite envers les gardiens pour ça hein .... Donc nous, on a travaillé là-dessus et on le voit beaucoup moins, voire quasiment plus. On a moins de courriers de patients qui nous disent voilà je veux plus ou de trouver un autre moment pour donner les seringues, mais malheureusement on a pas d'autres moments. Ça c'est une évolution des mentalités ... » (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

On constate, à nouveau, l'intérêt des évidences scientifiques qui favorisent la collaboration entre soignants et gardiens, ainsi que la difficulté dans la mise en place de stratégies novatrices, devant passer par une évolution des mentalités. Cependant, malgré cette évolution, le problème de la confidentialité reste d'actualité. Les soignants tentent donc de contourner ce problème en trouvant des stratégies afin de rendre cet échange de seringues plus discret:

«Après voilà nous on essaye de faire ça discrètement, de mettre les boîtes flash dans des petits sacs bien fermés. On s'est adapté aussi et voilà on essaye d'être discret» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

Si l'on se réfère à Lines et al. (2004) et Thomas (2005), la distribution des seringues effectuée par des soignants de l'établissement comporte certains désavantages tels que «degré moindre d'anonymat et de confidentialité, qui peut réduire le taux de participation ... accès plus limité (seringues accessibles uniquement pendant les heures d'ouverture du service de santé) ... possibilité d'échanges par intermédiaires pour les détenus ne souhaitant pas participer au programme en raison d'un manque de confiance



envers le personnel» (Obradovic, 2012, p. 6).

Ce dernier point a été confirmé par l'un de nos entretiens: «Parce que c'est vrai que quelques fois certains toxicomanes passent par des intermédiaires, donc c'est de notre rôle de bien cibler que ce soit la bonne personne, et que, s'il y a un autre consommateur dans la cellule, qu'il fasse la même démarche» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

D'un autre côté, la distribution de seringues effectuée par le personnel soignant comporte des avantages tels que «contact personnel avec les détenus ... possibilité d'intervention et de contact auprès de consommateurs de drogues non connus ... maintien d'un degré de contrôle élevé sur l'accès aux seringues au sein de la prison» (Lines et al., 2004; Thomas, 2005, cités par Obradovic, 2012, p.6).

En effet, ce contact avec les détenus est une occasion supplémentaire de faire passer des messages de prévention, qui plus est individualisés.

Au regard de ces limites constatées par l'équipe soignante, il a été mis en avant comme perspective la possibilité d'introduire des distributeurs de seringues au sein de la prison.

«Il y a même un moment, ils parlaient de mettre, comme dans les cantons alémaniques, des distributeurs de seringues ... » (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

Ce projet ayant pour avantage «degré élevé d'accessibilité (des distributeurs sont souvent placés à divers endroits dans l'établissement et les détenus peuvent y accéder en dehors des heures d'ouverture des services médicaux) ... degré élevé d'anonymat (pas d'interaction avec les personnels pénitentiaires) ... degré élevé d'acceptation par les détenus ... échange strict d'une seringue contre une autre» (Lines et al., 2004; Thomas, 2005, cités par Obradovic, 2012, p.6).

Cette méthode n'a pas encore vu le jour à Champ-Dollon pour des raisons administratives. «Il y a eu un projet qui avait été fait par rapport à ça, mais je pense qu'au niveau de la direction pour l'instant c'est pas... Je pense qu'ils doivent tellement gérer tout le temps ce flux d'entrées et sorties, cette surpopulation, il faut assurer la sécurité et avec 800 détenus je pense c'est pas évident hein» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

Nous pouvons observer une fois de plus l'impact de l'environnement carcéral sur les stratégies de prévention primaires des maladies infectieuses auprès de la population toxicomane.

Ce problème de confidentialité existe également en matière de secret judiciaire vis-à-vis des soignants. Cette problématique nous intéresse plus particulièrement par rapport au secret concernant la date de sortie de prison. En effet, nous savons que cette information ne peut être communiquée aux soignants. La difficulté se trouve donc dans la préparation à la sortie.

«Les détenus, bah voilà, on avait prévu de les voir, on apprend qu'ils sont sortis, parce que nous on connaît pas leur date de sortie, donc bah on peut pas préparer leur sortie. Alors on essaye hein, c'est vraiment le but de préparer la sortie» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

«Certains processus de prise en charge sont parfois interrompus de manière abrupte, étant donné que bon nombre de "patients-détenus" sont libérés souvent du jour au lendemain» (communication personnelle [entretien 1] 15 février 2013).

Ce secret quant à la date de sortie a un impact sur la prévention primaire, et plus particulièrement sur le processus de changement du comportement à risque. En effet, selon le modèle théoriquement de Proshaka et Di Clemente (1982), «les personnes ... passent à travers une série de stades» (Rossignol, 2001, p.20).

Comme le dit Golay et al. (2010), le soignant doit adopter une attitude spécifique à chacune des phases afin d'accompagner au mieux le patient et ainsi favoriser son avancée dans la roue du changement.

Dans ce contexte, sachant que la relation soignant-soigné peut être interrompue de façon abrupte et inattendue, le soignant n'est pas en condition pour offrir une prise en soin optimale et il est donc handicapé dans son rôle de soignant. Ce qui a pour conséquence une qualité de prévention moindre et donc un risque de rechute du détenu dans ses comportements à risque.

«Entamer une relation de soin avec cette personne et que celle-ci sorte ensuite bah rapidement, ou qu'on ne soit pas averti de cette sortie. Donc ça fait aussi partie des limites dans l'intervention qu'on peut avoir quoi» (communication personnelle [entretien 2] 16 mai 2013).

Les soignants ayant conscience de cette limite tentent au mieux de préparer la sortie, au fur à mesure des entretiens individuels.

«Ah oui oui bien sûr, on les envoie dans des lieux, oui oui. ... Et puis, bah leur donner des adresses ça c'est important, les lieux qui existent ici à Genève. Bon souvent, ils connaissent quand même. Et puis les réseaux en France aussi, parce qu'on a pas mal de gens qui viennent d'Annemasse, du pays de Gex, etc.» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

Sachant que le soignant n'a pas connaissance de cette date, il peut être amené à fournir un maximum d'informations afin d'anticiper au mieux la sortie qui peut survenir à tout moment. Toutefois, le soignant reste attentif à ne pas surcharger le détenu d'information. Le risque étant, d'une part, que le détenu ne puisse assimiler la totalité de l'information et, d'autre part, que les informations ne soient pas adaptées au stade du changement dans lequel se trouve le détenu.

Par exemple, rappeler au détenu les réseaux existants pour effectuer l'échange de seringues, ainsi que l'importance d'y adhérer n'aurait pas d'efficacité si le détenu se trouve en phase de pré-contemplation, puisqu'il n'a pas conscience du risque encouru par ses comportements.

## **Durée d'incarcération**

La prison de Champ-Dollon est une prison préventive et la durée d'incarcération y est en moyenne de 89 jours (Département de la sécurité, 2013, p.6).

La durée d'incarcération est également un aspect à prendre en compte dans l'impact de l'environnement sur la prévention primaire.

«Mais par rapport aux personnes qui viennent ici un temps relativement court, euh voilà, on peut travailler sur une prévention, une prévention, une réduction des méfaits de la consommation de drogues, mais euh c'est relativement restreint quand même quoi» (communication personnelle [entretien 2] 16 mai 2013).

Nous savons que le processus de changement demande un certain temps afin que le détenu puisse traverser les différentes phases, d'autant plus que «il est à noter que les personnes ne traversent pas ces stades de façon uniforme» (Golay et al., 2010, p.78).

C'est-à-dire que le chemin pour parvenir au changement n'est pas linéaire, le patient peut revenir au stade précédant celui où il se trouve et ce, à tout moment.

De ce fait, lors d'une durée d'incarcération courte il est difficile pour les soignants d'accompagner le détenu dans un changement de comportement.

Cette problématique n'est pas aussi récurrente que l'on pensait, étant donné que ces 89 jours représentent une moyenne et que donc certains détenus effectuent des peines bien plus longues. De ce fait, ces derniers peuvent bénéficier d'un suivi plus adapté pour favoriser un changement de comportement durable.

«Une autre limite pourrait être le fait que ce soit de la préventive, mais même pas forcément. Souvent ici la préventive se finit en définitive» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

En conclusion, toutes ces dimensions illustrent l'impact de l'environnement carcéral sur la prévention primaire des maladies infectieuses. Les soignants doivent y faire face et adapter leur prise en soin en conséquence.

### ***4.3.3 Impact de l'alliance thérapeutique sur la prévention primaire***

Nous connaissons l'importance du rôle infirmier dans l'accompagnement des détenus dans leur changement des comportements à risque. Pour ce faire, le soignant doit, en amont, créer une alliance thérapeutique avec le "détenu-patient".

En effet, «pour le soignant elle est une condition nécessaire pour aider le patient à progresser dans un processus de changement» (Guex-Joris, 2006, p.34).

Au fil de nos entretiens, cette thématique est ressortie et nous l'avons déclinée selon deux dimensions qui sont: Espace de parole versus Manipulation et Auto-détermination.

### **Espace de parole versus Manipulation**

Au départ, nous nous interrogeons au sujet de l'alliance thérapeutique en prison. Nous

suppositions que celle-ci se créait difficilement avec les détenus étant donné le risque d'amalgame que pouvaient faire ces derniers entre le service médical et l'autorité pénitentiaire.

L'ensemble de nos entretiens nous a permis de constater que les détenus ont connaissance de l'indépendance du service médical vis-à-vis de la prison.

«L'alliance thérapeutique se fait sans difficulté particulière. Les patients se rendent compte que le service médical est là "pour leur bien". La grande majorité des patients comprennent que nous sommes indépendants des autorités de sanction» (communication personnelle [entretien 1] 15 février 2013).

«Maintenant, euh le service médical, les infirmiers, les médecins, ne sont pas perçus comme... comme des alliés ou des geôliers, enfin des représentants de la loi en tous cas. Donc euh, la différence est bien faite et donc généralement on peut quand même avoir une alliance qui se fait relativement bien avec les détenus en demande» (communication personnelle [entretien 2] 16 mai 2013).

Non seulement, il n'y a pas d'amalgame, mais en plus le service médical représente un espace de parole pour les détenus.

Le contexte carcéral limite les ressources que les détenus pourraient utiliser, telles que leurs familles, leurs amis, etc. Dans ce contexte, les soignants font figure d'unique ressource – ou presque – pour ces détenus. De plus, comme ces derniers sont enfermés en cellule 23 heures sur 24, monter au service médical peut représenter une occasion de sortir de cet espace réduit et donc constituer une "bouffée d'air".

«Et puis c'est des gens qui, souvent, ont pas de famille, pas de réseau, qui vivent dans un milieu, quand même, qui est dur hein, la rue tout ça, et donc c'est un espace de parole important et même si on parle pas du vrai problème, on crée un lien quand même» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

«Après c'est peut-être plus vraiment en lien avec la prévention des maladies infectieuses, mais on fait appel à nous aussi parce que ça permet au détenu de se sortir de la cellule, de sortir un petit peu des conversations qu'il peut y avoir régulièrement avec les autres détenus et puis, euh simplement d'avoir une bouffée d'air et de parler un petit peu d'autre chose» (communication personnelle [entretien 2] 16 mai 2013).

Nous voyons comment cet espace de parole peut servir de base à la création du lien. Nous savons que les détenus ne l'utilisent pas toujours dans le but de parler du "vrai problème". Cependant, cela démontre la confiance accordée au service médical et son utilisation comme ressource. Une fois cette étape acquise, il devient possible pour le soignant d'entamer une relation thérapeutique, puisque le détenu est suffisamment en confiance pour aborder les "vrais problèmes". C'est à ce moment que le soignant peut effectuer de la prévention primaire en lien avec les problèmes de santé évoqués par le détenu et peut également discuter des sujets "tabous" tels que la consommation de drogues et la sexualité.

Le personnel du service médical de Champ-Dollon fait preuve de compétences irréfutables, puisqu'il parvient à s'imposer comme partenaire et donc comme ressource pour le détenu. Nous insistons sur ce point, car nous avons pu constater, à travers la littérature, que cet aspect n'est pas propre à toutes les prisons, même en Suisse, où l'amalgame existe et par conséquent le service médical ne peut représenter un espace de parole et donc une ressource.

«Les détenus voient peu clair la façon dont le secret médical est réglé et la nature des informations qui sont transmises à des instances non-médicales. Ceci provoque de la méfiance, ce qui fait que le service médical n'est visité qu'avec réserve et que les questions problématiques (par exemple, consommation de drogues ou relations sexuelles) ne sont pas abordées» (Karger et al., 2000).

Nous avons relevé précédemment que le service médical semble être l'une des seules ressources disponibles pour le détenu. Cet aspect peut être, selon nous, délétère. En effet, le service médical étant le seul service au sein de la prison qui ne dépend pas de l'autorité pénitentiaire, son rôle peut être détourné par les détenus. En effet, les soignants représentent les seuls professionnels, au sein de la prison, en qui les détenus peuvent avoir confiance. Cet aspect peut amener les détenus à "abuser" de cette relation en faisant des demandes injustifiées ou encore à manipuler les soignants dans le but d'obtenir des médicaments, par exemple.

«Alors il y a beaucoup de manipulation autour de ça. C'est pas une vraie alliance thérapeutique moi je dirais. Peut-être ok, avec certains patients. Mais souvent ils montent ici pour avoir beaucoup de médicaments, donc voilà quoi. C'est à nous de, comment dire, poser des limites et c'est à nous de négocier, de revoir le patient» (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

«Ce qui peut être aussi parfois embêtant, c'est qu'ils montent au service médical en pensant, par ce biais-là, obtenir des trucs ou plus de choses et là on leur dit que nous on est pas là pour ça, mais on profite de ce moment pour leur parler des risques, de se piquer avec la seringue des autres, etc. ... par exemple pour avoir des médicaments, des benzo, de tout quoi, pour les revendre» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

Parfois le service médical peut même avoir un impact sur la durée d'incarcération des détenus, ces derniers le savent bien et peuvent l'utiliser.

«Alors c'est à ce moment-là eux qu'ils peuvent nous utiliser, parce que l'avocat peut dire par exemple, ok si vous avez un suivi à l'extérieur, si vous avez un certificat qui dit que vous êtes suivis à l'extérieur pour les addictions euh bah ça va vous aider pour votre problème judiciaire et donc eux-mêmes ils peuvent utiliser ça. Ça, ça arrive souvent» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

Partant de là, les soignants doivent donc constamment être attentifs à ce risque et poser des limites avec les détenus, afin de ne pas entraver leur relation, celle-ci étant la base même d'une prévention efficace.

## **Auto-détermination**

Lorsque nous parlons d'auto-détermination il s'agit de la détermination du détenu à changer ses comportements à risques.

Avant toute chose, il faut rappeler le contexte dans lequel se trouvent les détenus. Ils sont en prison, un milieu non médical, et leur présence n'a aucune visée thérapeutique en première intention.

«Ils sont là d'abord pour un problème judiciaire» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

«Et aussi il y a le fait que bah forcément les personnes qui rentrent en prison ne viennent pas en prison, enfin ça peut arriver, mais ces personnes-là, en l'occurrence les toxicomanes, ne rentrent pas en prison pour se faire soigner ... Ça part de leur demande avant tout car, comme j'ai dit, lui, il vient pas en prison pour se soigner ou quoi que ce

soit» (communication personnelle [entretien 2] 16 mai 2013).

Ceci représente la première limite à l'application de la prévention primaire des maladies infectieuses auprès de la population toxicomane de Champ-Dollon. Pour que les soignants puissent accompagner un détenu-patient dans un changement de comportement, il faut d'abord que ce dernier ait conscience des risques qu'ils prend lors d'une injection de drogues qui ne respecte pas les normes d'hygiène. À ce stade – à savoir la pré-contemplation – l'équipe médicale effectue de la prévention primaire en mettant à disposition des détenus de l'information "théorique" concernant les risques infectieux liés à la consommation de drogues. L'objectif étant la connaissance des risques, afin de favoriser un questionnement de la part du détenu quant à ses comportements et ainsi d'initier le stade de contemplation dans le but de mener vers la "décision" au changement.

Pour que le détenu puisse faire émerger cette décision – qui précède l'action – il doit faire preuve d'une motivation au changement.

«La motivation à changer doit émaner du patient lui-même; elle ne doit pas être imposée de l'extérieur» (Golay et al., 2009, 81).

En effet, adopter une attitude de confrontation du détenu à son comportement à risque ne peut avoir d'impact positif. Ceci est d'autant plus significatif en prison que le détenu est limité dans le pouvoir qu'il exerce sur sa propre vie. De ce fait, entrer dans une relation de confrontation risque, encore plus qu'ailleurs, de le pousser à adopter un comportement de contradiction et de défiance envers l'autorité, afin de se positionner comme acteur principal de sa vie, quitte à avoir des comportements à risque.

Dans une situation thérapeutique, le patient a tendance à entrer naturellement et systématiquement en résistance .... Lorsqu'un événement menace ou réduit sa liberté, l'individu réagit aussitôt pour tenter de restaurer son sentiment de liberté, par là il s'oppose à tout changement. En d'autres termes, l'attrait pour un comportement pervers augmente lorsque la liberté d'agir et l'autonomie sont menacées. (Golay & al., 2010, p. 75)

De plus, l'estime de soi joue un rôle important dans la motivation au changement.

«... un niveau élevé d'estime de soi était lié à une plus grande autonomie, une plus



grande capacité à faire la part des choses et notamment à peser le pour ou le contre de telle ou telle proposition en matière de santé» (Sancho-Garnier, 2007, p.37).

L'absence de liberté peut, selon nous, avoir un impact sur l'estime de soi du détenu. En effet, celui-ci peut se sentir déshumanisé, de par la privation de liberté ainsi que par son statut de simple matricule aux yeux de l'autorité pénitentiaire.

«Une personne ici, c'est un matricule, il a presque le droit à rien dire ... » (communication personnelle [entretien 3] 16 mai 2013).

De ce fait, «... [le patient] ne s'engagera pas dans un changement de comportement s'il n'a pas une bonne estime de soi et une confiance en sa capacité à mettre en œuvre le changement ... » (Golay, Lager & Giordon, 2007, cités par Golay et al., 2009, p.73).

Les compétences dont font preuve les soignants permettent de valoriser la personne incarcérée en lui redonnant sa place d'individu à part entière, ce qui favorise son estime de soi. D'ailleurs, nous avons pu constater, à travers les entretiens effectués, que tous les soignants parlent de "patients" et non de "détenus", par exemple.

D'autre part, il est ressorti de nos entretiens le fait que le détenu ait d'autres priorités que sa santé au moment de son incarcération.

En effet, «le premier souci ça va être combien de temps je vais rester, ma famille, mon appartement, voire le social, c'est ça surtout au début hein. Il faut que les choses, elles se posent quoi» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

«Eux-mêmes aussi, on les voit une première fois pour parler, on leur dit voilà on se revoit la semaine prochaine et ils montent pas, parce qu'ils veulent pas se lever, ou qu'il y a le sport, ou qu'il y a autre chose. Si par exemple, c'est une heure où on est d'après-midi, mais c'est une heure où il y a le sport, et ben il vont privilégier le sport, parce qu'ils veulent sortir, ils veulent faire du sport. Beaucoup de contraintes ici, hein, énormément. Il y a les parloirs aussi, si c'est le parloir avec les familles ou les enfants, ils vont privilégier le parloir, ça c'est clair. Donc ouai on a énormément de contraintes et il faut vraiment jongler avec tout ça hein» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

D'autant plus que les soignants ne peuvent pas aller auprès des détenus si ceux-ci n'en font pas la demande. De ce fait, si le détenu ne se rend pas au service médical, les

infirmiers sont dans l'incapacité de pouvoir s'entretenir avec lui.

«Oui donc, les limites c'est déjà l'accès aux détenus, parce que c'est pas nous qui allons vers les détenus, c'est pas nous qui allons nous assoir sur le lit de la personne, en lui disant voilà votre consommation, les risques, etc.» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

Outre ces difficultés, il y a également les contraintes liées à l'aspect judiciaire, telles que les rendez-vous avec l'avocat par exemple.

Ainsi, si le détenu ne fait pas de demande, la prévention primaire se limite aux brochures, au canal info-TV et aux affiches, qui, comme nous l'avons vu, ne représentent que la partie "information" de la prévention qui est insuffisante pour mener vers le changement des comportements.

Cette réalité conduit l'équipe soignante à fixer comme objectif un "bas seuil" de visée thérapeutique.

«Donc [en lien avec cette réalité] on a des objectifs... [elle nous fait signe avec sa main pour nous indiquer quelque chose de bas], c'est le bas seuil ... Voilà on fait avec ça, comme on peut» (communication personnelle [entretien 4] 27 mai 2013).

«Le bas seuil de soins et de visée thérapeutique qu'on peut avoir» (communication personnelle [entretien 2] 16 mai 2013).

Le "bas seuil" limite les soignants dans leur pouvoir d'action. Les objectifs fixés sont donc inférieurs à ceux qu'on pourrait fixer à l'extérieur des murs de la prison. Ainsi, les infirmiers doivent, une fois de plus, s'adapter à cette réalité. Sachant qu'ils ne peuvent aller d'eux-mêmes vers les détenus pour les accompagner dans le processus de changement, ils doivent se montrer disponibles et accessibles, en informant les détenus de toutes les possibilités de suivis offertes (entretiens individuels, programme d'échange de seringues, etc.) afin que les détenus puissent faire cette démarche à tout moment. Nous avons vu précédemment que cette disponibilité n'est pas toujours facilitée par le contexte carcéral et les soignants doivent donc jongler avec les contraintes conséquentes à ce milieu afin d'être les plus efficaces dans l'application de la prévention primaire.

En conclusion, on constate que l'alliance thérapeutique existe à Champ-Dollon, qu'elle

sert de tremplin à l'application de la prévention primaire. Les soignants sont certes limités par le contexte carcéral, mais la plus grande limite à l'application de la prévention primaire est avant tout le fait que Champ-Dollon ne soit pas un milieu médical et que toutes démarches de soins (de changement ou autre) doivent venir du détenu.

## 5. Conclusion

### 5.1 Résultats de l'analyse

Pour rappel, notre problématique, qui nous a guidées tout au long de ce travail, est:

**«Quelle est l'adaptation nécessaire aux stratégies de prévention primaire des maladies infectieuses pour qu'elles soient pertinentes dans le cadre de la prison de Champ-Dollon, face à la population masculine d'usagers de drogues?»**

À travers les résultats de nos entretiens et l'analyse des propos des interviewés au regard de notre cadre de références, nous avons pu y trouver des éléments de réponse.

Tout d'abord, nous avons pu constater que l'adaptation nécessaire à l'application de la prévention primaire à Champ-Dollon, ne dépend pas uniquement de l'environnement et des limites que celui-ci impose, mais également de la population qu'on y trouve. Si nous reprenons nos thématiques d'analyse, l'impact de l'environnement sur la prévention primaire met en évidence les limites qu'implique ce milieu et toutes les contraintes auxquelles doivent faire face les soignants (surpopulation, aspect sécuritaire, confidentialité et durée d'incarcération). En ce qui concerne l'impact de la communication et de l'alliance thérapeutique sur la prévention primaire, elles sont toutes deux en lien direct avec la population retrouvée à Champ-Dollon, toxicomane ou non.

Concernant l'impact de la communication sur la prévention primaire, nous avons constaté à travers l'analyse des entretiens que les problématiques de la langue et de la culture sont récurrentes à Champ-Dollon. En effet, il s'agit d'une limite majeure, dans la mesure où toute prévention se fait à travers la communication quelle qu'en soit sa forme.

À travers l'analyse de l'impact de l'environnement sur la prévention primaire, nous avons pu relever que le milieu carcéral comprend de nombreuses limites, qui influent, la plupart du temps, négativement sur l'application de la prévention.

Pour finir, l'alliance thérapeutique, qui comme nous l'avons vu est la base essentielle à toute prévention, est parfois biaisée par la manipulation par exemple. Cependant, ce qui a été mis en avant à travers les entretiens et leur analyse est que l'alliance se fait

généralement sans problème, et que même parfois le milieu carcéral peut aider à la création de cette alliance. En effet, le service médical est perçu, par la majorité des détenus, comme un espace de parole ce qui favorise la création de la relation soignant-soigné et donc l'application de la prévention primaire auprès de notre population-cible.

Ainsi, malgré toutes les limites évoquées en lien avec les problèmes de communication et le contexte carcéral, que les soignants tentent de pallier en trouvant des stratégies, nous constatons que l'alliance thérapeutique peut quand même être établie et est de qualité suffisante pour servir de base à la mise en application des stratégies de prévention primaire. Il est vrai qu'aux prémices de notre questionnement, nous avons posé l'hypothèse que l'une des plus grandes difficultés pour les soignants était précisément la création de cette alliance et que de là découleraient des difficultés dans la mise œuvre de la prévention primaire des maladies infectieuses. L'élaboration de ce travail, à travers la revue de littérature et la phase empirique, nous démontre la qualité de la relation thérapeutique que les soignants ont su établir avec leurs patients-détenus et donc les compétences dont ils font preuve pour passer outre les limites du milieu.

Si nous reprenons notre hypothèse de départ au sujet de la prévention primaire et du fait que celle-ci se fasse essentiellement à travers l'information, nous observons aujourd'hui que ce n'est pas le cas. En effet, les soignants effectuent de la prévention par le biais de l'information mais également par le biais de la communication, nécessaire à un changement de comportement, à travers les entretiens individualisés. Toutefois les limites, énoncées précédemment, du contexte carcéral, rendent la tâche difficile pour les soignants. Il arrive que la prévention primaire soit reléguée au second plan au regard des urgences (somatiques et psychiatriques), mais les soignants cherchent toujours à préserver ce type de prévention primaire lorsqu'ils en ont la possibilité.

En effet, les évidences scientifiques confirment la non augmentation de l'incidence des maladies infectieuses à Champ-Dollon, malgré une prévalence plus élevée de ces maladies. (Madkour et al., 2009, p.34). Et également, une forte adhérence au programme d'échange de seringues avec plus de 80% de retours de seringues usagées (communication personnelle [Entretien1] 15 février 2013). Ceci démontre la qualité de la prévention primaire effectuée à Champ-Dollon.

Pour ce qui est de l'hypothèse selon laquelle les soignants de Champ-Dollon doivent faire preuve de compétences spécifiques pour exercer en prison, nous comprenons aujourd'hui que ce n'est pas tout à fait le cas. En effet, les compétences que doivent développer ces

infirmiers sont propres à tout infirmier – quelque soit le domaine dans lequel il travaille – telles que l'organisation, la communication, l'adaptation, la flexibilité, le relationnel, la gestion du stress, etc. Il est vrai que les infirmiers du service médical de Champ-Dollon doivent d'autant plus développer la compétence de l'adaptation. En effet, bien qu'ils soient employés par les HUG et qu'ils se doivent de respecter la mission de cette institution, ils doivent également travailler en partenariat avec l'autorité pénitentiaire qui n'a pas les mêmes objectifs. Comme nous l'avons vu, par exemple, tous les projets de soins doivent être validés par cette autorité, ce qui demande donc aux soignants d'être capables d'argumenter leur posture infirmière, tout en faisant preuve d'adaptation par rapport à une institution qui ne traite pas de la santé.

## **5.2 Perspectives**

Les perspectives concernant la prévention primaire des maladies infectieuses auprès de la population de Champ-Dollon visent, dans un premier temps, la traduction de la brochure d'information dans les langues les plus représentées à Champ-Dollon, fournie aux détenus dès leur arrivée en prison. Ce projet est en cours de réalisation.

Pour ce qui est de notre population-cible, les perspectives s'orientent vers la mise en place d'un distributeur automatique de seringues, afin de résoudre autant que possible les problématiques de la confidentialité et de l'accès via le service médical, qui comme nous l'avons vu, peuvent être un frein à l'adhésion au programme par les détenus. En effet, la possibilité de mettre en place ces distributeurs a été proposée par le service médical, cependant ce projet n'a, pour le moment, pas vu le jour, l'autorité pénitentiaire ne l'ayant pas avalisé.

D'autre part, comme nous l'avons vu au fil de l'analyse, la sexualité – et plus spécifiquement l'homosexualité – reste un sujet extrêmement tabou au sein de la prison de Champ-Dollon. De ce fait, nous avons pu observer à quel point la prévention primaire est difficile. En sachant que la prévention primaire est plus efficace par le biais de la communication et qu'il est plus complexe de communiquer sur un sujet tabou comme l'homosexualité en prison, la prévention primaire se fait donc essentiellement à travers de l'information et l'accès aux préservatifs au sein du service médical. Comme nous l'avons vu tout au long du travail, cette méthode demande aux détenus de se confronter au regard du soignant présent ce qui pourrait, de ce fait, être un frein à l'utilisation de cette

ressource. Au regard de ces limites, la perspective est de mettre en place des distributeurs de préservatifs dans des lieux stratégiques (les douches, les toilettes, etc.), cela garantirait la discrétion et favoriserait l'accès et donc la prévention primaire des maladies infectieuses. Ce projet est en cours de réflexion.

En outre, un aspect intéressant – que nous n'avions pourtant pas interrogé dans nos entretiens – est ressorti plusieurs fois. Il s'agit de la problématique des tatouages effectués à l'intérieur de la prison par les détenus eux-mêmes. La majorité de nos entretiens l'a relevé comme problématique dans la transmission des maladies infectieuses. Cette pratique est récurrente chez les détenus. Elle s'effectue – à défaut de matériel stérile – dans des conditions d'hygiène insuffisantes. Bien que cette pratique ne soit pas autorisée au sein de la prison, les soignants ont connaissance de son existence et sont donc préoccupés par les risques qu'elle engendre pour les détenus. C'est sur cette base qu'ils ont mis en place une réflexion afin de trouver une stratégie pour diminuer les risques. Le projet vise à fournir aux détenus du matériel approprié (asepsie, aiguilles stériles, encre à tatouage, etc.), la mise à disposition d'un local est également discutée.

De plus, en ce qui concerne la prévention primaire à proprement parler, nous avons vu tout au long des interviews que les entretiens individuels sont souvent mis au second plan au regard des urgences, par exemple. De ce fait, nous pourrions nous questionner sur la pertinence d'engager davantage d'infirmiers dans le but de pouvoir répondre à ces demandes en constante augmentation. Cependant, outre les questions financières, augmenter le nombre de postes infirmiers exigerait d'agrandir le service médical en termes de surface, car plus de soignants dans un espace réduit ne serait pas une solution. Cela ne permettrait pas aux infirmiers d'effectuer davantage d'entretiens étant donné qu'ils n'auraient pas l'espace pour le faire.

Bien qu'ils soient déjà très performants, voire même avant-gardistes sur certains aspects, les soignants de Champ-Dollon continuent à mettre en place de nouveaux projets, non seulement afin de garantir une équivalence de soin, mais surtout pour adapter ces stratégies de prévention au milieu carcéral et aux spécificités qui en découlent.

Par rapport à cet aspect, nous nous sommes interrogées sur d'autres projets possibles. Nous nous sommes questionnées sur la pertinence qu'aurait la mise en place d'un local d'injection, comme cela se fait à l'extérieur, par exemple au Quai 9. En effet, ce projet permettrait, d'une part, aux détenus de s'administrer leur drogue en toute sécurité et d'autre part, d'assurer la sécurité des compagnons de cellule (risque d'aiguille qui traîne)

et éviter à ces derniers d'être heurtés par la vision de la scène d'un toxicomane qui se pique. Cependant, ce projet comporte de nombreux inconvénients liés, tout d'abord, à la confidentialité vis-à-vis de l'autorité pénitentiaire car ils devraient les accompagner, puis en lien avec l'aspect logistique que demanderait une telle pratique. Cela demanderait une disponibilité des soignants (qui devraient être présents dans le local) et des gardiens (qui devraient amener les détenus).

Si mettre en place un programme d'échange de seringues a soulevé de nombreuses réactions, incluant le paradoxe entre le devoir de sanction et la réduction des risques, et a dû mener à une nécessaire évolution des mentalités, qu'en serait-il d'un local d'injection de drogues au sein d'une prison?

## **5.3 Auto-évaluation**

Le travail de Bachelor en soins infirmiers a été, pour toutes les deux, la première recherche que nous avons effectuée.

Ce travail comporte des limites dont nous sommes tout à fait conscientes. Ces limites sont non seulement en lien avec ce que nous avons évoqué dans la méthodologie, mais elles découlent également du fait qu'il s'agissait de notre toute première recherche. Novices dans cet exercice, nous avons pu acquérir de nombreuses connaissances sur la manière d'effectuer ce genre de travail. Ceci nous sera d'une grande utilité pour notre futur professionnel, d'autant plus que toutes les deux souhaitons entamer des spécialisations, au cours desquelles nous serons amenées à effectuer d'autres recherches en tant que professionnelles.

Nous avons appris à établir un guide d'entretien, effectuer des entretiens et en faire ressortir les résultats. Nous avons également pu faire des liens entre la pratique et la théorie, ce qui nous a permis de confronter les propos de nos interlocuteurs à la littérature. Concernant la revue de littérature, nous avons appris à trier les documents trouvés selon leur pertinence en nous référant aux sources. Bien que durant ces quatre années de formation nous avons, à plusieurs reprises, pu effectuer des recherches dans la littérature, il est vrai que ce travail de Bachelor a renforcé cette compétence.

Tout au long de ce travail, nous sommes passées par plusieurs émotions. Au début, nous



étions toutes les deux enthousiastes à l'idée de traiter ce sujet qui nous passionne tant. Cependant, au fil du travail nous nous sommes démotivées à plusieurs reprises, faire une recherche n'était pas si simple. Nous avons plusieurs fois douté au sujet de notre problématique et de notre façon de l'aborder. Les entretiens sur le terrain ont été une des parties les plus intéressantes de notre travail. Être au contact des soignants, du terrain et pouvoir échanger avec eux au sujet de notre problématique a été pour nous la source de motivation la plus importante. Puis, c'est lors de l'analyse des entretiens que nous avons pris le plus de plaisir et que nous avons pu réellement nous approprier ce travail.

Les moments de démotivation ont pu être palliés, non seulement par les étapes de ce travail que nous avons trouvées plus enthousiasmantes, mais aussi par le fait que nous étions deux. En effet, ce travail en duo a été bénéfique sur plusieurs points. Tout d'abord, lorsqu'une était démotivée, l'autre savait comment la relancer dans ce travail. De plus, nous sommes toutes les deux conscientes que ce travail n'aurait pas été le même si nous l'avions traité seules. En effet ce travail en binôme nous a permis d'avoir en permanence deux regards sur une même thématique. Cela a favorisé les débats ce qui nous a permis d'approfondir certains points et d'aller toujours plus loin dans notre raisonnement. Ainsi, lorsque l'une avait un avis divergent, elle argumentait ses propos, ce qui permettait à l'autre d'y rebondir et ainsi de suite. C'est grâce à cet effort d'argumentation constant, que nous poussions la réflexion et que nous pouvions compléter notre analyse. N'imposant jamais notre point de vue à l'autre, nous tombions pourtant toujours d'accord. Ceci reflète notre capacité à nous remettre en question et à faire preuve d'écoute. En effet, nous avons toujours su écouter et comprendre les argumentations de l'autre en nous détachant de notre idée de base. Ce travail nous a permis de nous enrichir l'une l'autre et d'avoir de ce fait un avis renforcé par ce double regard. En outre, lorsque l'une faisait preuve à certains moments d'un regard étrié, l'autre apportait toujours une ouverture qui permettait l'élargissement de la réflexion. Toujours dans cet esprit, lorsque l'une s'éloignait de la problématique, l'autre la recardait afin de ne pas perdre le fil conducteur.

Travailler à deux implique également une capacité d'organisation et de flexibilité, telle que la planification des rendez-vous et la répartition équitable du travail. Ces points n'ont pas été source de discorde dans notre duo, car ayant déjà effectué de nombreux travaux ensemble durant ces années de formation, nous connaissons chacune le fonctionnement de l'autre. De plus, nous avons su continuellement nous adapter l'une à l'autre et faire preuve d'auto-critique. Chacune ayant des compétences propres, cela a favorisé notre complémentarité, dans l'élaboration et la rédaction de ce travail.

En conclusion ce travail n'a pas été simple au début, mais maintenant qu'il touche à sa fin, nous pouvons dire qu'il nous a non seulement apporté de nombreuses connaissances sur le sujet choisi et sur la façon d'élaborer une recherche, mais également sur nous-même en tant que personnes et professionnelles en devenir.

## **5.4 Positionnement professionnel**

Il est vrai qu'au début de ce travail nous avons de nombreuses représentations, ainsi qu'un intérêt certain pour le milieu carcéral, ce qui a été source de motivation. Les représentations que nous pouvions avoir de ce milieu sont aujourd'hui brisées et nous avons une vision bien plus proche de la réalité qu'auparavant. Nous sommes conscientes du fait que si nous avons effectué un stage au sein de la prison, notre regard aurait été encore différent aujourd'hui. Avoir des représentations et les voir évoluer au fur et à mesure de la réalisation du travail peut sembler anodin, mais c'est ce qui nous permet d'évoluer en tant que professionnelles en devenir. Nous avons conscience du fait que nous serons confrontées, à de nombreuses reprises, à des représentations et il en sera de notre ressort de parvenir à nous en détacher, afin d'adopter une posture professionnelle adéquate.

Ce travail nous a énormément apporté tant au niveau personnel que professionnel. Nous avons pu développer nos connaissances au sujet des maladies infectieuses, des drogues, de la prison de Champ-Dollon, mais surtout de tout ce qui tourne autour de la prévention. Comme nous avons pu le voir durant nos stages, la prévention est l'un des rôles primordiaux de l'activité infirmière. Durant ces quatre années de formation, la prévention a été abordée et approfondie à travers différents modules. Nous y avons donc été sensibilisées et avons pu la pratiquer tout au long de nos différents stages. Toutefois, chacune des étapes de ce travail nous a permis d'approfondir davantage ce sujet, d'aller plus loin dans la réflexion et de comprendre les modalités d'application de la prévention primaire. Tout d'abord, la revue de littérature nous a permis d'approfondir notre bagage théorique, en nous amenant à rechercher des auteurs de référence au sujet de la prévention primaire et des stratégies qui favorisent le changement des comportements à risque. Puis, le contact avec le terrain à travers les différents entretiens nous a permis de confronter les notions théoriques à la pratique. Nous avons pu observer que la théorie, bien que riche et développée, ne peut s'appliquer telle quelle à la réalité du terrain. En effet, certes la théorie est nécessaire, pour ne pas dire obligatoire, mais ce qui en fait sa

richesse est également une limite. C'est-à-dire – pour prendre l'exemple de la prévention – que la théorie se doit d'être suffisamment générale pour pouvoir s'appliquer et prendre du sens quel que soit le domaine dans lequel on souhaite l'appliquer. Cependant cette universalisation est justement sa limite, car chaque milieu étant spécifique, la théorie ne peut développer les subtilités de l'application de la prévention. Ces subtilités ne sont pas uniquement visibles entre l'hospitalier et l'extra-hospitalier, mais peuvent même l'être entre une prison et une autre. Partant de là, il est de notre rôle de développer des compétences qui nous permettent de nous détacher de la théorie afin de pouvoir l'adapter de manière adéquate au terrain.

Ainsi comme nous l'avons dit précédemment, la revue de littérature nous a permis d'identifier des auteurs de référence quant à la prévention primaire, il est maintenant de notre rôle de futures professionnelles de mettre en application cette théorie au terrain dans lequel nous allons être amenées à travailler. Ni l'une ni l'autre n'a pour projet d'entamer sa carrière au sein du service médical de Champ-Dollon, toutefois toutes les connaissances acquises durant l'élaboration de ce travail devront être transposées aux lieux dans lesquels nous travaillerons à l'avenir, afin d'utiliser et continuer à développer les compétences propres à la prévention primaire essentielle au rôle infirmier. En effet, quelque soit le domaine dans lequel nous travaillerons à l'avenir, la prévention fera toujours partie intégrante de notre rôle professionnel.

Durant ces années de formation nous avons pu découvrir les différents paradigmes infirmiers. Au fil des années et des différents travaux, il nous a souvent été demandé de définir dans quel paradigme nous nous retrouvions. Aujourd'hui, après quatre années d'études, de stages et de travaux, nous sommes toutes les deux d'avis que chacun de ces paradigmes trouve un sens selon le lieu, le patient et le moment du soin. Certes, le paradigme de la transformation, de l' "être avec" nous semble être l'objectif à atteindre afin d'accompagner au mieux le patient, en favorisant l'empowerment. Cependant aujourd'hui nous sommes conscientes et à l'aise avec le fait que nous devons parfois nous retrouver dans le "faire pour", paradigme de la catégorisation, par exemple. Les compétences propres aux infirmières en devenir que nous sommes logent en effet dans cette adaptation constante.

## 6. Liste des références

### 6.1 Liste des références bibliographiques

Ban public. (2006). *Examen des données internationales sur l'échange de seringues en prison*. Accès <http://prison.eu.org/spip.php?article8138>

Collot, E. (Dir.). (2011). *L'alliance thérapeutique*. Paris: Dunod.

Corpataux, N. (2006). *Rôle du style d'attachement et de l'alliance thérapeutique dans l'adhésion aux indications de traitement psychologique*. (Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Psychologie Clinique, Genève). Accès <http://www.unige.ch/dife/conseil-psychologique/etudesrecherches/Roledustyledattachementetdelalliancetherapeutique.pdf>

Delpech, B. (2012). *Réduire les risques en prison, une question de santé publique...et de droits*. Accès [http://www.pistes.fr/swaps/48\\_121.htm](http://www.pistes.fr/swaps/48_121.htm)

Département de la sécurité. (2013). Prison de Champ-Dollon: Rapport d'activité 2012. Accès <http://www.ge.ch/champ-dollon/doc/rapport-d-activites-2012.pdf>

Dubois-Ferrière, V. Giobellina, C. & Gonzales, F. (2002). *Dépendances aux drogues illicites: la prise en charge dans le réseau de soins à Genève*. Accès [http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2001\\_2002/travaux/02\\_r\\_drogues\\_illicites.pdf](http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2001_2002/travaux/02_r_drogues_illicites.pdf)

Ducret, M. (2011). *Rapport annuel de la commission des Visiteurs officiels du Grand Conseil*. Accès <http://www.ge.ch/grandconseil/data/texte/RD00866.pdf>

Frtunic-Despotovic, S., Rieder, J.-P. & Wolf, H. (2010). Toxicomanie, réduction des risques et prison. Accès [http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/atelier\\_mpr/toxicomanie-risques-et-prison.pdf](http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/atelier_mpr/toxicomanie-risques-et-prison.pdf)

Groupe sida genève. (S.d.). *Info santé en prison: tout savoir sur le VIH et l'hépatite C* [Brochure]. Genève: République et canton de Genève.

Guex-Joris, S. (2009). *Alliance thérapeutique et prise en soins de personnes souffrant de douleur chronique*. (Travail de Bachelor. Haute école spécialisée Suisse occidentale, Valais). Accès  
[http://doc.rero.ch/record/16812/files/Sylvie\\_Guex-joris\\_Travail\\_de\\_bachelor.pdf](http://doc.rero.ch/record/16812/files/Sylvie_Guex-joris_Travail_de_bachelor.pdf)

Golay, A., Lager, G. & Giordan, A. (2010). *Comment motiver le patient à changer?*. Paris: Maloine.

Haller, D. M., Elger, B., Slama, S. & Wolff, H. (2007). Médecine pénitentiaire: une porte d'accès au réseau de soins communautaires. *Revue médicale suisse*, 126(32579). Accès <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=32579>

Hôpitaux Universitaire de Genève. (2012). *Médecine pénitentiaire*. Accès <http://www.hug-ge.ch/medecine-penitentiaire/unite-medicale-de-la-prison-de-champ-dollon>

Jan- Hess, I. (2012, 5 octobre). Planification pénitentiaire: Pierre Maudet imagine une nouvelle prison à 300 millions. *Tribune de Genève*. Accès  
<http://www.tdg.ch/geneve/actu-genevoise/Pierre-Maudet-imagine-une-nouvelle-prison-a-300-millions/story/25106497>

Karger, T., Berger, C. & Uchtenhagen, A. (2000). *Prophylaxie des infections et promotion de la santé en milieu carcéral*. Accès  
<http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02066/02462/index.html?lang=fr>

Knüsel, R. (2002). Prévention. In J.-P. Fragnière & R. Girod (Ed.), *Dictionnaire suisse de politique sociale* (2e éd.) (p.161). Lausanne: Réalités sociales.

Knüsel, R. (S.d.). *Prévention*. Accès  
<http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=613>

Langlet, M. (2008). Prévention et prison: tabous et bouts de ficelles. *Le journal du sida*, (202), 13-16. Accès  
[http://www.arcat-sante.org/publi/docs/JDs202\\_dossier.pdf](http://www.arcat-sante.org/publi/docs/JDs202_dossier.pdf)

- Mader, J. (2000). Être compris et comprendre, un droit fondamental du patient/client. *Soins infirmiers*, (8), pp. 66-70. Accès  
[http://www.sbk-asi.ch/archiv/2000/08\\_2000/S66\\_70-08\\_2000.pdf](http://www.sbk-asi.ch/archiv/2000/08_2000/S66_70-08_2000.pdf)
- Madhkour, R., Karimzadeh, S., Hsieh, J. & Correia, J. (2009). *Surpopulation carcérale à la prison de Champ-Dollon*. Accès  
[http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2008\\_2009/travaux/09\\_r\\_surpopulation\\_carcerale.pdf](http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2008_2009/travaux/09_r_surpopulation_carcerale.pdf)
- Obradovic, I. (2012). *Réduction des risques en milieu pénitentiaire: Revue des expériences étrangères*. Accès  
<Http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiot1.pdf>
- Office fédéral de la santé publique. (2012). *Information épidémiologique sur les maladies transmissibles à Genève*. Accès  
[http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/H%C3%A9patite\\_B\\_d%C3%A9f.pdf?ComponentId=kmelia1029&SourceFile=1337941027074.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/](http://ge.ch/dares/SilverpeasWebFileServer/H%C3%A9patite_B_d%C3%A9f.pdf?ComponentId=kmelia1029&SourceFile=1337941027074.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/)
- Office fédéral de la santé publique. (2012). *Maladies transmissibles et addictions en prison*. Accès  
<http://www.bag.admin.ch/shop/00011/00585/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la santé publique. (2012). Plan de vaccination suisse 2012. Berne: OFSP.
- Office fédéral de la santé publique. (2012). *VIH et sida en Suisse: Graphiques*. Accès  
[http://www.bag.admin.ch/hiv\\_aids/05464/12908/12909/12915/index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/12908/12909/12915/index.html?lang=fr)
- Office fédéral de la santé publique. (2009). *Hépatite B*. Accès  
<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/01077/index.html?lang=fr>
- Organisation mondiale de la santé. (2013). *VIH/sida: questions-réponses*. Accès  
<http://www.who.int/features/qa/71/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2013). *VIH/sida: aide-mémoire*. Accès  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>

Organisation mondiale de la santé. (2012). *24ème journée mondiale de lutte contre le sida*. Accès

<http://www.leem.org/sites/default/files/Journ%C3%A9e%20mondiale%20de%20lutte%20contre%20le%20Sida.pdf>

Phaneuf, M. (2006). *L'entretien motivationnel*. Accès

[http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/L\\_entretien%20motivationnel.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/L_entretien%20motivationnel.pdf)

Restellini, J.-P. (2013). *Rapport au Conseil d'État du canton de Genève concernant la visite par la Commission Nationale de Prévention de la Torture à la Prison de Champ-Dollon les 19, 20 et 21 juin 2012*. Accès

[http://www.nkvf.admin.ch/content/dam/data/nkvf/berichte\\_2013/130212\\_ber\\_champ\\_dollon.pdf](http://www.nkvf.admin.ch/content/dam/data/nkvf/berichte_2013/130212_ber_champ_dollon.pdf)

Rossignol, V. (2001). *L'entrevue motivationnelle: un guide de formation*. Accès

<http://www.motivationalinterview.net/clinical/motivationnelle.pdf>

Sancho-Garnier, H. (2007). *Au delà de l'information, la prévention*. Paris: Springer.

Seronet. (2013). *Préservatifs et seringues dans les prisons pour lutter contre le sida*.

Accès <http://www.seronet.info/article/preservatifs-et-seringues-dans-les-prisons-pour-lutter-contre-le-sida-59982>

Smeltzer, S. & Bare, B. (2011). *Soins infirmiers en médecine et chirurgie: fonctions digestives, métaboliques et endocrinienne*. (5e éd.). Bruxelles: De Boeck.

Tessier, S. (2012). *Les éducations en santé: Éducation pour la santé, éducation thérapeutique, éducation à porter soins et secours*. Paris: Maloine.

Tessier, S., Andreys, J.-B. & Ribeiro, M.-A. (2004). *Santé publique, Santé communautaire*. (2e éd.). Paris: Maloine.

Toninato, A. (2011, 5 octobre). Champ-Dollon et les HUG distingués par l'OMS. *Tribune de Genève*. Accès

Witteck, A. & Schmid, P. (2010). Hépatite C: mise à jour 2010. *Forum Med Suisse*, 10(42), 729-736. Accès [http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf\\_f/2010/2010-42/2010-42-192.PDF](http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2010/2010-42/2010-42-192.PDF)

## 6.2 Liste bibliographique

Addiction suisse. (2013). *Addiction suisse*. Accès <http://www.addictionsuisse.ch/>

Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. (2008). *Les interventions de prévention primaire du VIH en milieu carcéral et lors de la mise en liberté*. Accès [http://www.ccnmi.ca/files/HIV\\_Prevention\\_in\\_Prisons\\_Fr\\_2008\\_04\\_18.pdf](http://www.ccnmi.ca/files/HIV_Prevention_in_Prisons_Fr_2008_04_18.pdf)

Cespharm-Pharmacien éducateur de santé. (2011). *Quels concepts?*. Accès <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Quels-concepts>

Département de la sécurité, de la police et de l'environnement. (2012). *Prison de Champ-Dollon: Rapport d'activité 2011*. Accès <http://www.ge.ch/champ-dollon/doc/rapport-d-activites-2011.pdf>

État de Genève. (2013). *Champ-Dollon*. Accès <http://www.ge.ch/champ-dollon/>

État de Genève. (2013). Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé. Accès <http://ge.ch/dares/accueil.html>

Hausser, D. (1999). *Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses*. Accès <http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/RdS40.pdf>

Haut comité de la santé publique. (1993). *Santé en milieu carcéral: Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*. Accès <http://www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc001097.pdf>



- Haute autorité de santé. (2007). *Éducation thérapeutique du patient: Définition, finalités et organisation*. Accès  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)
- Houbiers, M. (2009). Un nouvel outil de prévention contre les IST en milieu carcéral. *Education santé* (248). Accès <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1149>
- Iten, A. & Gravier, B. (1999). *Épidémiologie et prévention des infections dans les prisons de Suisse Romande*. Lausanne: OFSP, Commission de Contrôle et de Recherche sur le Sida.
- Iten, A., Gravier, B. & Elger, B. (2003). Difficultés rencontrées lors de la prise en charge médicale de patients vivant en milieu carcéral. *Revue Médicale Suisse*, (565), 928-935. Accès <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=22973>
- Jeanneret, O. & Gutzwiller, F. (1999). *Médecine sociale et préventive Santé Publique*. Accès [http://www.iumsp.ch/Enseignement/pregradue/msp\\_chaptabmat.pdf](http://www.iumsp.ch/Enseignement/pregradue/msp_chaptabmat.pdf)
- Kaufmann, J.-C. (2007). *L'entretien compréhensif* (2e éd.). Paris: Armand Colin
- Marieb, E. (2005). *Anatomie et physiologie humaines*. Paris: Pearson Education.
- Migliorino, R.-E. (2009). *Infirmier en milieu carcéral*. Paris: Elsevier Masson
- Office fédéral de la justice. (2011). Coup de projecteur: Sexualité. Bulletin info info bulletin. Accès  
[http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/sicherheit/straf\\_und\\_massnahmen/smvbulletin/2011/ib-1102-f.pdf](http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/sicherheit/straf_und_massnahmen/smvbulletin/2011/ib-1102-f.pdf)
- Office fédéral de la justice (Ed.). (2011). Coup de projecteur: Sexualité. Bulletin info info bulletin. Accès  
[http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/sicherheit/straf\\_und\\_massnahmen/smvbulletin/2011/ib-1102-f.pdf](http://www.ejpd.admin.ch/content/dam/data/sicherheit/straf_und_massnahmen/smvbulletin/2011/ib-1102-f.pdf)

Pépin, J. Kerouac, S. Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Quebec: Chenelière Education.

Pottacheruva, S. (2011). Un programme de «réduction des méfaits». *Soins infirmiers*.(3), 74-76.

*Le petit Larousse de la médecine*. (2010). Paris:Larousse.

Pugliese, M., Schorer, E., Chatelain, B. (2011). *Guide pour la présentation des travaux écrits et des références bibliographiques (style APA)*. Accès [http://www.heds-ge.ch/doc/centredoc/Guide\\_2011\\_coul.pdf](http://www.heds-ge.ch/doc/centredoc/Guide_2011_coul.pdf)

Rieder, J.-P., Gravier, B., Bertrand, D., Pasche, C., Bodenmann, P. & Wolff, H. (2010). Santé en milieu pénitentiaire :vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé. *Revue médicale suisse*, 6(257), 1462-1465. Accès <http://rms.medhyg.ch/numero-257-page-1462.htm>

Ritter, C. (2003). *Education pour la santé en milieu carcéral: Une opportunité individuelle et de santé publique*. (Diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient). Université de Genève. Accès [http://www.catherineritter.ch/Pdf/Uni\\_geneve.pdf](http://www.catherineritter.ch/Pdf/Uni_geneve.pdf)

Sidaction. (2011). *Publication du guide d'intervention en milieu pénitentiaire*. Accès [https://www.sidaction.org/e\\_upload/pdf/Guide-Prison-Sidaction.pdf](https://www.sidaction.org/e_upload/pdf/Guide-Prison-Sidaction.pdf)

Talliens, F. (1999). Soins et sécurité derrière les barreaux. *Soins infirmiers*, (10), 72-75. Accès [http://www.sbk-asi.ch/archiv/1999/10\\_1999/S72\\_75-10\\_1999.pdf](http://www.sbk-asi.ch/archiv/1999/10_1999/S72_75-10_1999.pdf)

# ANNEXES

## Annexe I

### Guide d'entretien

#### ► **Besoins et limites de la prévention primaire des maladies infectieuses dans le milieu carcéral**

- Que manque-t-il concrètement actuellement?
- Que pourrait-on faire de plus/apporter?
- Comment vous positionnez-vous par rapport à la politique de prévention? Qu'en pensez-vous?
- Pensez-vous qu'il existe des stratégies de prévention adéquates, dans la population toxicomane, en fonction du mode de contamination (sexe, hygiène/promiscuité, injection, partage de seringues)?
- D'après vous, y a-t-il des limites (si oui lesquelles?) à l'application de la prévention dans le contexte transitoire de l'incarcération?

#### ► **Sachant que l'alliance thérapeutique est la base de tout partenariat de soin,**

- Quel est l'impact positif de la prison sur cette alliance?
- Quelles sont les limites de l'alliance thérapeutique dans ce contexte?
- Relance: le soignant est-il perçu comme appartenant à l'autorité pénitentiaire et donc complice des autorités de sanction?

#### ► **En somme, quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'application de la prévention primaire au sein de la population toxicomane de Champ-Dollon? Pouvez-vous citer trois éléments-clés?**

## Annexe II

### Entretien 1

Entretien écrit par M. B. suite à son interview, le jeudi 15/02/2013

#### **Besoins et limites de la prévention primaire des maladies infectieuses dans le milieu carcéral**

***– D'après vous que manque-t-il concrètement actuellement pour atteindre cet objectif?***

Beaucoup de mesures concrètes sont déjà en place pour la prévention primaire des maladies infectieuses en prison. Parfois dans certains domaines spécifiques, des évidences scientifiques sont incomplètes pour définir toutes les priorités et tous les objectifs à atteindre.

***– Comment pourrait-on, selon vous, faire plus?***

Pour répondre à la question de l'accessibilité aux préservatifs:

Certaines données de la littérature scientifiques tendent à prouver que certains détenus ont des relations sexuelles entre hommes en prison. Lors d'un travail réalisé à Champ-Dollon, environ 2% de personnes interviewées ont déclaré avoir déjà eu au cours de leur vie des relations avec des hommes. Néanmoins, il est possible que ce chiffre sous-estime la réalité. Dès lors, nous mettons à disposition des détenus des préservatifs. Ils peuvent en obtenir auprès du service médical, par exemple sur les bureaux de consultation, nous en mettons à leur disposition. Néanmoins, il est possible que certaines personnes puissent se sentir gênées de "se servir" en présence de soignant. Nous sommes en train de réfléchir à des possibilités de rendre la distribution de préservatifs un peu plus "confidentielle".

En lien avec les risques liés au tatouage:

En termes de prévention de maladies infectieuses, il est reconnu que le tatouage réalisé des conditions non optimales expose à des risques d'hépatites et HIV. Actuellement nous

avons en cours un projet qui vise à quantifier la proportion de détenus qui ont des tatouages. Actuellement nous savons déjà que certains détenus se tatouent en prison. Ce projet permettra aussi de mieux estimer la proportion de détenus qui se tatouent en prison, afin de pouvoir proposer des mesures concrètes pour limiter les risques de transmission. La pratique du tatouage est interdite en prison. En effet, le matériel servant au tatouage comporte des ustensiles métalliques et pointus, et ça va de soit que ces outils ne peuvent pas être en libre circulation en prison! Donc une option serait peut être la mise à disposition d'un local dans lequel les personnes souhaitant se tatouer pourraient le faire. Néanmoins ceci nécessite une étroite collaboration avec la direction de l'établissement pénitentiaire, et c'est un processus qui prendra du temps. J'insiste sur ce point, disposer d'évidences scientifiques irréfutables obtenues au travers d'études est indispensable avant de pouvoir mettre en place de tels programmes.

***– Comment vous positionnez-vous par rapport à la politique de prévention? Qu'en pensez-vous?***

Avant de répondre à cette question, il faut que vous connaissiez le contexte épidémiologique des prisons. Il est démontré que la prévalence de nombreuses maladies infectieuses est plus élevée en prison qu'au sein de la population générale. C'est le cas par exemple pour les hépatites virales B et C, le VIH et la tuberculose. En Europe, les toxicomanes sont particulièrement touchés par l'hépatite C, qu'ils ont contractée généralement par l'utilisation de seringues non stériles, échangées avec une personne infectée. Comme il y a une proportion plus importante de personnes toxicomanes en prison que dans la population générale, en raison de délits réalisés en lien avec la toxicomanie, la prévalence de l'hépatite C est assez élevée en prison. Néanmoins, la proportion de toxicomanes en prison infectés par l'hépatite C est la même que celles des toxicomanes vivant en liberté, de l'ordre de 60% à 80%.

Pour l'hépatite B, nous avons observé qu'il s'agit surtout de personnes migrantes, souvent originaires d'Afrique sub-saharienne, qui sont infectées. Ces personnes se sont infectées généralement dans leur pays d'origine, au moment de la naissance, par une transmission mère-enfant, ou lors de rapports sexuels. Nous avons observé que 16% des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne sont infectés: ce n'est pas une surprise, ça reflète la proportion de gens infectés dans la population générale de la plupart des pays de l'Afrique sub-saharienne.

Il est important de savoir que l'hépatite B est 50 fois plus contagieuse que le HIV. Aussi 87% des personnes qui ont l'hépatite B ne savent pas qu'ils sont porteurs et sont

asymptomatiques. Donc il est souhaitable d'appliquer des mesures pour éviter que ces personnes porteuses de l'hépatite B transmettent leur virus.

Le VIH lui n'est pas si répandu, d'ailleurs sur une récente étude que nous avons effectuée au sein de la prison, sur 273 personnes, uniquement 1 personne est positive au test du VIH, ce qui représente moins d'1%. Alors qu'en Espagne par exemple, il y a plus de 10% de cas de VIH au sein des prisons préventives.

Mesures de prévention pour l'hépatite B par la vaccination:

Ce n'est pas parce que certains moyens existent et sont efficaces, qu'ils sont facilement réalisables en prison. Vous le savez, il faut plusieurs doses réparties sur 4 à 6 mois pour que le vaccin soit efficace. Dans l'idéal, ce serait génial que tous les détenus soient vaccinés. Néanmoins comme une grande proportion de personnes incarcérées ressortent après quelques jours ou quelques semaines, une seule dose serait peu utile. Il y a plus de 1500 personnes qui entrent à Champ-Dollon chaque année, donc vacciner tout le monde est une intervention de grande envergure; donc ça vaut la peine de le faire si c'est très efficace. Et comme le suivi médical à la sortie de prison est compliqué pour de nombreuses personnes incarcérées, ce n'est pas simple de poursuivre la vaccination après la libération. Donc nous favorisons la stratégie qui consiste à proposer la vaccination aux détenus restant suffisamment longtemps en prison. Et pour la détection de la maladie chronique, les équipes médicales sont sensibilisés au fait qu'il faut principalement proposer un dépistage aux personnes originaires de pays hautement endémiques.

## Hépatite C

Pour l'hépatite C, il y a quand même 25 à 50% des personnes infectées en prison qui ne connaissent pas leur diagnostic. Comme ce sont quasiment toujours des personnes ayant consommé des drogues par voie intraveineuse au cours de leur vie qui sont infectées, ce n'est pas très rentable de proposer à tout le monde (1500 entrées par an) de faire un dépistage. Il faut surtout cibler les personnes ayant ce facteur de risque.

Par cette même logique, on ne va pas proposer systématiquement un traitement contre l'hépatite C à toutes personnes infectées en prison. Nous respectons le principe d'équivalence de soins, et selon des critères médicaux bien précis, nous proposons à certains patients un traitement. Lorsqu'un traitement est débuté, il vaut la peine de le poursuivre jusqu'à son terme, durant plusieurs mois. Dès lors, un patient incarcéré devra pouvoir poursuivre son traitement soit jusqu'à son terme en prison, soit chez son médecin à sa sortie. Malheureusement de nombreux patients ont d'autres soucis lors de leur

libération, et la continuité des soins est rompue. D'autres retombent dans la toxicomanie, et ne vont plus régulièrement chez un médecin. Un paramètre aussi à considérer est l'aspect "coûts": un traitement de l'hépatite C est cher, donc lorsqu'un traitement est débuté, il faut que le patient soit dans des dispositions rendant possibles un traitement complet. De nombreuses personnes sont aussi souvent dans des situations précaires, sans logement fixe, et aussi une proportion importante de détenus (de l'ordre de 60 à 70%) n'ont pas d'assurance maladie.

Des études scientifiques ont démontré que la prison est un lieu adéquat pour proposer les traitements d'hépatite C. Donc pour ceux qui font des plus longues peines et qui répondent aux critères médicaux, on va pouvoir profiter de la prison pour traiter l'hépatite C. C'est un bénéfice aussi pour la société en générale: une personne guérie n'est plus contagieuse!

#### Tuberculose

Concernant la tuberculose, un dépistage d'une tuberculose pulmonaire active est systématiquement réalisé auprès de tous les détenus le jour de leur entrée à la prison. En cas de symptômes suspects, le patient bénéficiera d'un bilan complet, qui comprend aussi une radiographie du thorax.

Concernant la tuberculose latente, qui peut être détectée par test de mantoux ou Quantiferon, nous ne réalisons pas ce dépistage systématique chez toutes les personnes. Entre 20% et 40% des détenus ont probablement une tuberculose latente. Néanmoins une toute petite minorité vont activer la maladie. Traiter tous les détenus porteurs de tuberculose latente n'est pas une panacée: les médicaments antituberculeux ne sont pas dénués d'effets indésirables, et aussi doivent être poursuivis plusieurs mois. Ceci est difficile avec la proportion importante de détenus qui vont quitter la prison après une courte période.

***– Pensez-vous qu'il existe des stratégies de prévention adéquates, dans la population toxicomane, en fonction du mode de contamination (sexe, hygiène/promiscuité, injection, partage de seringues)***

Parmi les interventions visant à limiter les risques, un programme de distribution de seringues fonctionne bien. Dès l'entrée, on demande aux détenus s'ils sont consommateurs de drogues. Le cas échéant, l'équipe médicale informe le patient de l'existence du programme d'échange de seringues. Selon des procédures strictes, la personne qui souhaite en bénéficier peut obtenir un kit avec seringue et matériel stérile. Les kits sont ensuite délivrés par l'équipe médicale à l'entrée de la cellule. Dans les prisons, les gardiens peuvent parfois être inquiet d'un usage détourné dont pourrait faire

l'objet les seringues. Un dialogue est indispensable entre les équipes médicales et les gardiens, afin de discuter ces aspects: l'expérience de plusieurs années a montré que jamais nous n'avons eu à déplorer d'accident ou d'utilisation d'aiguille comme "arme". Ce programme a de bons résultats, il y a plus de 80% de retours de seringues.

En terme de réduction de risque, il y a également la possibilité de prescrire de la méthadone en substitution d'opiacés. Ce programme est similaire à celui proposé dans la communauté. La méthadone permet de diminuer les risques de transmission, elle évite les overdoses, permet entre autres de moins souffrir, et de diminuer les conduites à risque.

***– D'après vous, y a-t-il des limites (si oui lesquelles?) à l'application de la prévention dans le contexte transitoire de l'incarcération?***

La première barrière est souvent mise par les patients: des mesures sont proposées, mais les patients ne sont pas toujours "preneurs".

Aussi certaines interventions pourraient être utiles, néanmoins extrêmement gourmandes en termes de coûts et de ressources nécessaires. Dès lors, des preuves d'efficacité et d'utilité doivent être démontrées par des études cliniques de "coût-efficacité".

Certaines mesures de prévention ne sont simplement pas toujours applicables: il serait idéal que chacun soit vacciné contre l'hépatite B. Néanmoins si le détenu est libéré rapidement, la continuité des soins est compliquée...

**Sachant que l'alliance thérapeutique est la base de tout partenariat de soin,**

***– Quel est l'impact positif de la prison sur cette alliance?***

***– Quelles sont les limites de l'alliance thérapeutique dans ce contexte?***

***Relance: le soignant est-il perçu comme appartenant à l'autorité et donc complice des autorités de sanction?***

L'alliance thérapeutique se fait sans difficulté particulière. Les patients se rendent compte que le service médical est là "pour leur bien". La grande majorité des patients comprennent que nous sommes indépendants des autorités de sanction.

La population que nous retrouvons à Champ-Dollon est la majeure partie du temps une population vulnérable qui a peu accès aux soins. Pour cette population, le service médical est souvent un premier contact avec des soignants. , une porte d'entrée dans le milieu de la santé. D'ailleurs, tous les détenus sont vus par un infirmier à leur arrivée et selon les



critères médicaux, plus de la moitié bénéficieront d'une consultation avec un médecin. Concernant la toxicomanie, une prise en charge sur une période prolongée durant toute l'incarcération est possible. Des conseils sont aussi prodigués aux patients pour organiser un suivi thérapeutique à la sortie, si nécessaire dans les structures adéquates.

**En somme, quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'application de la prévention primaire au sein de la population toxicomane de Champ-Dollon? Pouvez-vous citer trois éléments-clés?**

Je vous propose de lire les articles publiés par les équipes médicales sur l'application des mesures de prévention, vous concentrer aussi sur ce qui marche, avant d'essayer de ressortir trois éléments-clés brefs qui ne peuvent pas refléter en quelques mots la complexité de ce sujet.

1) La durée de l'incarcération: certains processus de prise en charge sont parfois interrompus de manière abrupte, étant donné que bon nombre de "patients-détenus" sont libérés souvent du jour au lendemain => discontinuité dans le planning des vaccination, parfois interruption des traitements de substitutions...

2) La précarité et la marginalisation représentent une difficulté dans la mise en œuvre de mesures préventives: les personnes précarisées ont souvent une grande difficulté à poursuivre des soins proposés pour de multiples raisons. Et pour plusieurs mesures préventives, elles ne sont efficaces que si elles sont poursuivies à la sortie...

## **Annexe III**

### **Entretien 2**

Interview de M. C. Le jeudi 16/05/2013

**Enza et Nadine:**

Alors tout d'abord, depuis combien de temps travaillez-vous ici et quel est votre rôle?

**Mr. C:**

Ça fait 3ans que je travaille à Champ-Dollon maintenant. J'ai fait une formation plutôt ciblée psychiatrie et je me suis spécialisé en santé mentale. Du coup je suis plus dans tout ce qui est entretien spécialisé pour les problèmes psy, mais je fais de tout comme tout le monde aussi.

**Enza et Nadine:**

Et quelle place prend la prévention dans votre rôle?

**Mr. C:**

Bah la prévention commence dès l'entrée, avec le bilan d'entrée. Après on fait de la prévention en fonction du problème du détenu. Si par exemple, il consomme des drogues, on va directement lui proposer une consultation spécialisée et un suivi. Après on a des brochures informatives, pas terribles, et qui vont être revues et puis voilà, ils ont la possibilité de nous écrire s'ils ont besoin de conseils.

**Enza et Nadine:**

D'après-vous, il manque quoi au niveau de la prévention? On pourrait faire quoi de plus?

**Mr. C:**

Bah on peut toujours faire mieux c'est sûr, mais je pense que beaucoup de choses sont mises en place. On a des brochures informatives, il y en a d'autres aussi, plus spécifiques et plus claires, par exemple sur l'hépatite B. Parce que c'est vrai que celle-ci est pas forcément très accessible, elle est pas traduite, donc bon les gens qui parlent pas français, bah ils y comprennent pas grand chose.

**Enza et Nadine:**

Et par rapport aux toxicomanes, vous pensez qu'il y a des stratégies de prévention efficaces?

**Mr. C:**

Oui! On est quand même une des premières prisons qui a mis en place un programme d'échange de seringues et ça c'est quelque chose de vraiment bien. Vous savez, ça se fait pas encore dans toutes les prisons. Et puis on leur donne aussi des informations sur comment consommer, sur les risques d'une mauvaise consommation. Oui parce que y a ça aussi. Il y a un risque parce que, souvent, ils diminuent leur consommation quand ils sont ici et ensuite, une fois dehors, ils se remettent à consommer les mêmes doses qu'avant l'incarcération et là, il y a un grand risque d'overdose. Donc faut qu'on leur explique tout ça aussi, c'est pas juste une distribution de seringues.

**Enza et Nadine:**

D'après vous y-a-t il des limites dans l'application de cette prévention?

**Mr. C:**

Les limites qu'il peut y avoir sont liées à la prison, à l'enfermement et à la sécurité surtout. Et aussi il y a le fait que bah forcément les personnes qui rentrent en prison ne viennent pas en prison, enfin ça peut arriver, mais ces personnes-là, en l'occurrence les toxicomanes, ne rentrent pas en prison pour se faire soigner. Donc il y a cette limite évidente quelque part qui fait qu'après il faut créer un lien avec le détenu, mais si tant est qu'il fasse la demande de quelque chose déjà, de seringues, ou d'autres. Quelque chose pour qu'on ait matière à rentrer en contact avec lui et pour créer un lien et si tant est, créer un lien de confiance. Ça part de leur demande avant tout car, comme j'ai dit, lui, il vient pas en prison pour se soigner ou quoi que ce soit. Donc euh... je perd le fil... Oui, donc ça c'était une des limites qui fait que c'est difficile de faire plus justement.

Oui et en même temps, il faut pas oublier qu'on part sur un seuil bas. C'est-à-dire qu'on peut pas travailler sur l'arrêt de la consommation, euh, à long terme. Après c'est un cheminement qui est beaucoup trop long, beaucoup trop complexe, pour que ça puisse entamer... après, à moins qu'il y ait vraiment une démarche de la part du détenu, qu'il ait entamé déjà depuis un certain temps et dans ce cadre-là, si par exemple il est suivi à la Navigation et puis que le but est de diminuer sa consommation, on l'accompagnera forcément dans ce processus. Mais généralement, les patients qui consomment, continuent à consommer et puis c'est pas en prison qu'ils vont arrêter de consommer. A

moins d'avoir pris un certain nombre d'années ou de mois qui permettent d'entamer ce processus-là quoi. Enfin je vous dis ça et en même temps j'ai en tête des personnes qui consommaient et qui, pareil, sont là depuis un certain temps et qui diminuent leur consommation et qui arrivent à s'en sevrer complètement aussi. Mais par rapport aux personnes qui viennent ici un temps relativement court, euh voilà, on peut travailler sur une prévention, une prévention, une réduction des méfaits de la consommation de drogues, mais euh c'est relativement restreint quand même quoi. Voilà.

**Enza et Nadine:**

Justement, là vous venez d'expliquer la limite du fait que c'est une prison préventive. On avait vu que le temps moyen d'une incarcération était de 35 jours...

**Mr. C:**

Euh ouai, mais ces gens qui viennent pour une moyenne que vous venez de citer, en fait je crois pas qu'on les voit, enfin c'est pas des gens avec lesquels on peut travailler quelque chose au long terme. Donc euh voilà, après nous on est pas censé connaître et savoir le temps d'incarcération et le jour de la sortie effective du détenu. Donc on peut entamer un travail qui se fait pas forcément dans les tous premiers temps de l'incarcération. Entamer une relation de soin avec cette personne et que celle-ci sorte ensuite bah rapidement, ou qu'on ne soit pas averti de cette sortie. Donc ça fait aussi partie des limites dans l'intervention qu'on peut avoir quoi.

Une autre des limites est celle de la langue. Ça peut être compliqué... forcément ça peut être un handicap pour les gens qui maîtrisent pas les langues telles que le russe, le géorgien, l'arabe, l'anglais même tout simplement. Voilà ça peut être des obstacles. Mais en même temps, tous dans l'équipe ne maîtrisons pas des langues étrangères de haut niveau. On a des atouts, on a par contre des personnes qui parlent ces langues-là, notamment le russe et le géorgien. On a une collègue qui, ayant travaillé à la Navigation, connaît des consommateurs qui y étaient suivis, qui peuvent se retrouver à Champ-Dollon aussi et c'est vrai que c'est un grand atout, elle maîtrise les langues et forcément ça peut débloquer certaines situations quoi. Après, le service médical de Champ-Dollon est bien pourvu en moyens, tant humains et matériels. Maintenant plus il y a d'argent, plus il y a de besoins. Maintenant c'est vrai qu'on est aussi impacté par les restrictions budgétaires actuelles aux HUG, mais voilà on est pas plus lésé que d'autres services. Loin de là, je pense qu'on est même privilégié par rapport à la qualité de soins qu'on peut proposer aux personnes emprisonnées.

**Enza et Nadine:**

Y-a-t il des différences dans l'équipe par rapport à votre rôle dans la prévention?

**Mr. C:**

Alors il y a des personnes formées, plus pour suivre des personnes dépendantes ou addict à divers produits. Maintenant moi-même je suis pas formé pour suivre ces personnes. J'ai fait des stages à la Navigation, dont je vous parlais tout à l'heure, mais j'ai pas de formation spécifique. Donc de ce fait, je suis pas les personnes toxicomanes en priorité. Ça m'arrive de leur distribuer des seringues, d'en récupérer, de leur donner des conseils, mais je ne fais pas d'entretiens spécifiques pour les personnes toxicomanes. Par contre, il y a des personnes dans l'équipe qui sont spécialisées là-dedans.

**Enza et Nadine:**

D'accord. Donc maintenant, par rapport à l'alliance thérapeutique, est-ce que la prison a un impact positif sur l'alliance thérapeutique, d'après vous?

**Mr. C:**

Euh je pourrais pas dire que la prison est un atout pour un impact, euh pour une alliance thérapeutique. Maintenant, euh le service médical, les infirmiers, les médecins, ne sont pas perçus comme... comme des alliés ou des geôliers, enfin des représentants de la loi en tout cas. Donc euh, la différence est bien faite et donc généralement on peut quand même avoir une alliance qui se fait relativement bien avec les détenus en demande. Mais la prison ne reste pas un atout d'alliance. Après ça a forcément un impact, après le définir... je sais pas trop comment tourner ça, euh... on est peut-être quand même une ouverture sur l'extérieur. Après c'est peut-être plus vraiment en lien avec la prévention des maladies infectieuses, mais on fait appel à nous aussi parce que ça permet au détenu de se sortir de la cellule, de sortir un petit peu des conversations qu'il peut y avoir régulièrement avec les autres détenus et puis, euh simplement d'avoir une bouffée d'air et de parler un petit peu d'autre chose. Voilà.

**Enza et Nadine:**

En fait, on avait pensé à un impact positif et – vous nous dites si vous êtes d'accord – dans le fait que c'est souvent une population marginalisée, pour qui c'est peut-être le premier contact avec le monde de la santé?

**Mr. C:**

Euh, oui oui. Si on veut, mais maintenant cette population qui est incarcérée qui a un accès au soin par le biais du service médical, l'a aussi à l'extérieur. C'est-à-dire que toute

personne de nationalité suisse ou autre a accès aux soins à Genève. Après ça dépend un petit peu des couvertures sociales et des permis de séjour et autres, mais même les personnes ne bénéficiant pas de permis, me semble, peuvent bénéficier de soins à l'extérieur. Ils peuvent par exemple aller se faire soigner à l'UMSCO.

Après c'est vrai que, étant dans la prison, le service médical fait, doit faire face à un certain nombre de demandes non justifiées, c'est un peu l'appel à consommer du médical aussi. Donc justement si on y met pas le holà, si on est pas bien cadrant aussi, euh dans ce sens-là, on peut effectivement soigner beaucoup pour pas grand chose non plus. Les détenus savent qu'on est là, 24h sur 24, donc voilà. Après il y a le filtre aussi des gardiens, qui euh, les détenus doivent passer par le gardien pour faire appel à nous, ou via le courrier. Donc voilà, après c'est à nous, part notre expérience aussi, et puis par notre rôle infirmier, de définir qu'est-ce qui est une priorité ou pas.

**Enza et Nadine:**

D'accord. Pour terminer, est-ce que vous pourriez nous citer trois éléments-clés pour définir les difficultés rencontrées dans l'application de la prévention auprès de la population toxicomane?

**Mr. C:**

Euh..bah je dirais le milieu tout simplement.

Le bas seuil de soins et de visée thérapeutique qu'on peut avoir.

Et puis euh... euh je sais pas le dernier, euh je sais pas il faut que ça reste une opportunité de prévention de tout manière. C'est une porte ouverte pour les personnes qui en ont besoin.

**Enza et Nadine:**

D'accord, donc le dernier élément c'est pas une difficulté, c'est plutôt un élément positif?

**Mr. C:**

Oui, en effet, c'est un élément-clé positif.

## **Annexe IV**

### **Entretien 3**

Interview de M. D. Le jeudi 16/05/2013

**Enza et Nadine:**

Pour commencer, depuis combien de temps travaillez vous ici?

**Mr. D:**

Alors, moi ça fait deux ans que je travaille ici, je suis venu au détour d'une mission interim, pour quelques mois, je voulais pas spécialement rester ici, je voulais plutôt bifurquer vers Belle-Idée quoi et puis voilà, au bout d'une semaine j'ai été conquis par le milieu quoi. Et puis donc, ensuite on m'a proposé une place ici et puis voilà, j'ai accepté. Et puis bah voilà, là ça va faire deux ans le premier juin.

**Enza et Nadine:**

Et quel est votre rôle au sein de la prison?

**Mr. D:**

Moi je suis infirmier de premier recours, donc on dépend du département de premier recours, les urgences tout ça, en gros. Donc on a un rôle, moi je travaille dans un service ambulatoire hein en fait, même si on travaille au sein de la prison. Donc euh notre rôle, c'est tout d'abord d'accueillir le patient, donc on fait un bilan d'entrée et puis tout de suite il y a de la première ligne, il y a de l'urgence. On a un rôle de prévention, d'éducation aussi. Et puis en gros voilà, les principales missions du service médical ambulatoire.

**Enza et Nadine:**

Et plus précisément votre rôle dans la prévention des maladies infectieuses?

**Mr. D:**

Par rapport à la prévention, bah disons que ça commence à l'entrée. Dans notre bilan d'entrée on a des questions axées sur certains points, donc l'addiction, l'infection euh c'est plutôt au niveau de la tuberculose. Vous l'avez le questionnaire?

**Enza et Nadine:**

Oui oui.

**Mr. D:**

D'accord, donc on a ce questionnaire, et en fonction de ça, on oriente le patient vers une consultation assez rapidement. Si on voit qu'il tousse, qu'il crache devant nous, c'est évident qu'il va pas aller en cellule avec d'autres détenus quoi. Donc voilà, au niveau infectieux. Ensuite des conduites à risque sexuelles, qui peuvent découler sur des HIV, hépatites, etc. Et puis, et puis donc l'addiction, les consommations, les modes de consommation, comment on consomme. A la fin du bilan d'entrée, on donne automatiquement cette petite brochure, qui est pas forcément bien faite, mais qui est en cours de modification et de réflexion. Donc on donne ce petit fascicule et puis voilà, ça c'est le premier temps en fait. Et le deuxième temps, c'est on reçoit les courriers des patients. C'est vrai qu'on peut avoir des patients qui rentrent la nuit et qui pensent pas tout de suite à nous dire, bah voilà il y a deux semaines j'ai eu une conduite à risque, etc. Donc voilà ils nous écrivent, et puis bah nous il y a une orientation vers le médecin qui va commencer à faire des bilans. Ou sinon on reçoit des questions comme, voilà j'ai un co-détenu qui a telle hépatite, et puis bah j'ai peur parce que je bois dans le même verre, ou je crois que j'ai pris sa brosse à dents. Donc nous on va le recevoir en première ligne et en fonction de ce qu'il nous décrit ou de ce qu'a son co-détenu, on va faire soit une éducation, si son co-détenu a déjà une hépatite B ou C et, en fonction de ce qu'il nous dit, par exemple j'ai pris sa brosse à dent, je me suis coupé avec son rasoir, etc. et bah on va l'orienter vers une consultation médicale. Ou alors, on va lui faire une éducation, délivrer de l'information. On a d'autres fascicules, plus informatifs sur les hépatites, donc ça on va leur donner aussi. Plus facile d'accès je veux dire, plus facile d'accès. Donc on leur donne le fascicule après explication, et en cellule ils peuvent le relire, etc. Pour le HIV aussi, mais c'est très rare, parce que c'est un peu tabou, mais c'est déjà arrivé que des patients nous disent voilà, j'ai peut-être des comportements à risque dans la cellule avec d'autres détenus, pour marchander tel médicament ou autre chose ou je vais en avoir. Donc nous on va faire de l'éducation par rapport aux préservatifs, les risques qu'il peut y avoir si le préservatif casse, les risques qu'il y a s'il le fait sans préservatif et ainsi de suite.

**Enza et Nadine:**

D'après vous, quels sont les besoins et les limites de la prévention dans ce milieu? Qu'est qui manque et qu'est qu'on pourrait faire de plus?



**Mr. D:**

Les besoins, pff, les besoins, je dirais qu'il manque pas tant que ça au niveau des besoins. Parce que, une des missions du service médical, c'est l'équivalence de soins. Donc en terme d'équivalence de soins, on se doit, nous, d'offrir les mêmes soins qu'au commun des mortels qui n'est pas détenu. Donc euh je trouve qu'on offre les mêmes prestations, voire peut-être même plus. Bon là ça n'a rien à voir avec l'infectieux, mais en termes de consultations, si tu veux appeler ton psychiatre ou ton dentiste, tu l'as pas tout de suite à l'extérieur. Ici c'est presque réactionnel, il a mal à une dent, l'après-midi il voit le dentiste. Il a besoin de voir son psychiatre, il a une consultation dans la journée, alors qu'à l'extérieur tu attends. Et même au niveau somatique quoi, c'est difficile d'avoir ton médecin dans l'heure quoi, nous ici on trie le courrier et le lendemain ils ont une consultation.

**Enza et Nadine:**

Et au niveau de la prévention?

**Mr. D:**

Bah au niveau de la prévention, voilà c'est ce que je disais en termes d'équivalence de soins et de prévention, on est pas si mal que ça. Après moi ça fait pas longtemps que je suis ici, peut-être que Mr. C a proposé d'autres choses en termes de besoins, mais euh ouai j'ai l'impression qu'on est plutôt pas mal quoi. Même au niveau de l'addiction. Donc au niveau de l'addiction, on a des consultations spécifiques qui se greffent à notre travail, c'est l'une de nos... ouai c'est dans notre cahier des charges. C'est des consultations qui ont été créées il y a quelques années de ça, donc t'as les consultations addiction, OH, relaxation. Et donc par rapport à l'addiction on est plutôt bien placé quoi, c'est des gens... À l'entrée, quelqu'un qui nous dit qu'il a des addictions, par exemple qu'il est toxicomane héroïne, c'est quelqu'un qui est automatiquement dirigé vers une consultation d'addiction. Donc là, il y a toute une réexplication. C'est vrai que ces gens-là, un héroïnomanie qui, ça fait 20 ans qu'il consomme, généralement il connaît bien tout le processus et puis les préventions par rapport à ça, mais bon c'est bien aussi de rafraîchir un peu tout ça à ces gens-là, parce qu'en 20 ans, il y a aussi des détériorations cognitives aussi quoi et des pertes de mémoires quoi. Par rapport aux limites de la prévention, c'est l'espace carcéral qui nous donne ces limites-là quoi.

**Enza et Nadine:**

C'est quoi dans l'espace carcéral, concrètement qui met une limite à la prévention?

**Mr. D:**

Bah c'est peut-être que... bon en plus là on est dans un contexte de surpopulation quoi. Donc en ce moment, c'est vrai que les consultations spécifiques, elles sautent un peu quoi. Et puis par rapport au contexte carcéral, c'est le contexte sécuritaire de la prison. Et euh, par rapport aux consultations, bah par exemple en ce moment ce qui se passe par rapport à la surpopulation et ben il y a un problème au syndicat et donc les syndicats sont un peu en bisbille avec l'État et donc les gardiens nous montent les détenus un par un. Avant il les montaient par trois, voire quatre. Donc maintenant, ils les montent un par un, ça veut dire qu'au lieu de voir tout le monde sur une journée, bah on est un peu bloqué quoi. Donc il y a beaucoup de consultations spécifiques qui sautent et puis bah c'est la prévention qui est touchée.

Une autre des limites aussi, c'est le langage, les langues. Par exemple, ce fascicule "Info prévention" n'est donné qu'aux personnes qui savent lire le français. Et puis, au début on le donnait vraiment à tout le monde, mais par exemple ça, aux maghrébins bah ça les touche. [Il nous montre des dessins de pénétrations anales]. Donc c'est pour ça que c'est en phase de réfection et de réflexion en même temps. A savoir qu'il n'est pas traduit dans d'autres langues, c'est pour ça qu'il va être refait pour être traduit en arabe, russe, roumain, je pense. C'est un peu les langues les plus rencontrées. Et donc bah la barrière de la langue c'est un véritable problème quoi, parce que quand on a un problème d'un mec qui a une hépatite et qu'on veut faire un petit peu de prévention et bah il faut trouver quelqu'un, il faut un interprète. On essaye, mais on peut pas tout le temps non plus quoi. Voilà quoi. Parce que c'est vrai que parfois il faut aller vite dans l'explication de la prévention et puis bah d'organiser un interprétariat ça prend un petit peu de temps quand même quoi. Donc si c'est pour faire une consultation d'une heure, c'est pas possible. Une heure de bouffée sur une matinée, sachant qu'on a des plages horaires bien définies: c'est de 8h à 10h30 qu'ils peuvent nous monter les détenus et l'après-midi, c'est de 14h à 16h30. Donc si on bouffe une heure pour une prévention, c'est pas possible. Donc on essaie de s'arranger. Ici on est embauché aussi en fonction des langues, on parle tous pas mal de langues. Il y a deux infirmiers qui parlent même le russe, une infirmière qui parle le polonais, donc on arrive un peu à s'arranger, mais ils sont pas toujours là. Donc même si les gens de l'Est parlent beaucoup de langues, notamment l'anglais, ça peut aider, mais c'est pas non plus une solution de parler dans une autre langue quoi. Par exemple, quelqu'un qui est albanais et puis moi je suis français et on parle en anglais, c'est pas la meilleure des solutions, parce que y a un message correct à faire passer. Donc oui ça c'est une vraie limite ici.

Une autre limite pourrait être le fait que ce soit de la préventive, mais même pas forcément. Souvent ici la préventive se finit en définitive. On a un patient par exemple,

bah il est jugé depuis longtemps et puis bah c'est le plus vieux détenu de Suisse quoi, il est encore là. Il fait partie des murs. Il est jugé et pourtant il est là. Et il y en a beaucoup comme ça, parce que c'est souvent des détenus qu'on retrouve ici, c'est souvent les mêmes qu'on retrouve ici. Et puis, les autres pénitenciers ils en veulent plus, parce que y a rien qui marche, ils ont mis en échec ou ont fait péter le cadre en pénitencier. On a même des gens qui sont jugés, qui sont partis en pénitencier et qui sont revenus ici.

**Enza et Nadine:**

Ah, un pénitencier peut refuser un détenu?

**Mr. D:**

Non, pas refuser, mais ils se mettent d'accord avec l'office des prisons et c'est une punition de revenir ici. C'est une punition de revenir ici. C'est moins confortable la préventive. Ici tu as plein de contraintes. Par exemple, t'as volé une banque avec deux autres personnes, tu te retrouve ici, tu peux pas voir tes amis parce que t'as pas encore été jugé et puis il y a plein d'autres personnes que tu peux pas voir. Alors qu'une fois que t'es jugé et que t'es en pénitencier tu peux faire ce que tu veux. Et puis les règles sont moins contraignantes. Et puis ici il y a la surpopulation. Et puis en pénitencier, t'as ta cellule, ici ils peuvent te changer trois fois en une journée de cellule et t'as pas ton mot à dire. Et puis il y a beaucoup plus de gardiens, donc déjà que le contact avec les gardiens est difficile pour les détenus, alors là ils se retrouvent avec beaucoup plus de gardiens.

**Enza et Nadine:**

Très bien. Parlons de l'alliance thérapeutique. Selon vous, est-ce que le milieu carcéral a un impact positif sur l'alliance thérapeutique?

**Mr. D:**

La principale chose, c'est que le médical ici... ils savent tous, parce qu'ils ont une grande expérience de la prison, que le médical est indépendant de la prison. Tout ce qui se dit au service médical reste dans le médical et que ça n'ira jamais à l'administration pénitentiaire ou vers les gardiens. Donc ça, c'est vachement important. On peut pas faire de l'alliance thérapeutique comme à l'hôpital ou en psychiatrie, on est ambulatoire hein, on peut pas créer une grosse alliance thérapeutique. Donc ils savent que c'est indépendant et puis, euh le service médical, pour eux, c'est un peu une bouée, une bouée de secours. Donc ils montent volontiers ici. Et de part ça, on arrive à créer... c'est pour ça qu'en fait... euh comment je pourrais m'exprimer? Ils ont pas envie d'être en prison, c'est le postulat de départ. Donc grâce au service médical, le service médical peut leur apporter un petit peu

de confort, ça ils le savent bien. Donc c'est parce qu'ils aiment pas la prison, c'est cet effet néfaste de la prison, c'est parce qu'ils aiment pas la prison, qu'on arrive à créer une alliance thérapeutique.

Alors il y a beaucoup de manipulation autour de ça. C'est pas une vraie alliance thérapeutique moi je dirais. Peut-être ok, avec certains patients. Mais souvent ils montent ici pour avoir beaucoup de médicaments, donc voilà quoi. C'est à nous de, comment dire, poser des limites et c'est à nous de négocier, de revoir le patient. Oui, c'est dans ce sens-là. De part ce côté néfaste de la prison, ça a du positif pour nous, le service médical ouai. La prison l'enfermement ça a un côté angoissant, stressant, tu somatises plein de chose, tu deviens presque dépendant quoi, les gens quand ils sortent de prison ils savent plus ouvrir une porte quoi, c'est dans ce sens-là. Une personne ici, c'est un matricule, il a presque le droit à rien dire, donc dans ce sens-là, oui dans ce sens là quoi.

**Enza et Nadine:**

Et les limites de ce milieu sur l'alliance thérapeutique?

**Mr. D:**

Bah les limites, c'est la surpopulation. En ce moment, c'est la surpopulation. On est obligé de faire un tri et donc on voit plus de monde, mais moins régulièrement. Avant les personnes qu'on voyait une fois par semaine on peut plus les voir comme ça et les gens qu'on voyait en entretien de soutien, on peut plus les voir comme ça non plus. Parce que, bah... parce que voilà quoi, il y a presque des choses plus importantes. Par exemple moi, il y a une personne qui est rentrée la semaine dernière, il vient d'Espagne. C'est la première fois qu'il vient en prison, que ce soit en Espagne ou ici. Il est là pour trafic de drogues. C'est une personne toute tranquille voilà, il y a la crise en Espagne, il s'en sortait plus, il a amené de la drogue ici et voilà il s'est fait prendre. Il a trois filles, enfin il s'est mis à pleurer quoi. Donc moi je l'ai mis en entretien de soutien trois fois, mais ma collègue après elle l'a enlevé quoi, parce qu'on peut plus le voir une fois par semaine. Donc on lui a demandé de se manifester si jamais il va pas bien. Mais avant ça, c'est quelqu'un qu'on voyait une fois par semaine. Et puis, on pouvait placer ses rendez-vous après l'avocat par exemple, pour désamorcer les choses, mais aujourd'hui avec la surpopulation, on ne peut plus. On est 831 aujourd'hui, la prison est faite pour 350 personnes quoi, donc bah on est obligé de trier et voir les priorités. Et forcément ça va pénaliser la prévention. Évidemment que quelqu'un qui a un abcès avec des lavages, on va être obligé de le voir et il y en a de plus en plus, parce que la promiscuité crée des problèmes dermatologiques, plus qu'avant et des choses comme ça. C'est vrai que les problèmes somatiques prennent le pas sur la prévention. Même les problèmes psy, bah y en a de plus en plus quoi. Et puis

c'est toujours la prévention qui prend, c'est pareil dans la vie. Au niveau de l'État, au niveau de la santé, quand ils ont besoin de faire des économies, c'est toujours la prévention qui prend, donc c'est pareil ici.

Après oui, c'est vrai, parfois c'est leur première porte d'entrée à la santé, mais en ce moment moins quoi, la prévention moins. Ils viennent ici et on traite au plus urgent. Mais c'est surtout au niveau de l'éducation, parce que quelqu'un qui nous écrit pour nous dire qu'il veut un bilan parce qu'il a eu des conduites à risque, on va, il va être vu par un médecin. Mais tout ce qui est éducation en lien avec la prévention... en ce moment ouai ça pêche. Et du coup les comportements risquent de se reproduire, et c'est ça qui est dommage. Surtout, je pense vous avez lu ces études, des études qui disent qu'en gros si on soigne les gens en prison, il y a un impact bénéfique pour la société une fois qu'ils sont libérés.

**Enza et Nadine:**

Pour terminer, est-ce que vous pourriez nous donner trois éléments-clés quant aux difficultés de la prévention primaire des maladies infectieuses chez la population toxicomane?

**Mr. D:**

Euh, qu'est-ce que je pourrais dire... la première difficulté, c'est plutôt, par rapport à un toxicomane, l'acceptation de lui vouloir faire quelque chose. Ça c'est... chez les toxicomanes, surtout chez les jeunes toxicomanes quoi. Si je pouvais argumenter un peu plus, bah voilà il y a des toxicomanes, ils sont pas encore à l'instant T où ils se disent voilà il faut que je sorte de ce problème et le produit n'est plus important pour moi. Ça c'est vraiment la difficulté. Surtout qu'ils viennent pas dans le but d'arrêter de consommer. Le produit est plus important que penser à la prévention maintenant. Surtout chez les jeunes toxicomanes.

La deuxième difficulté, dans la mise en place d'une prévention... bah en milieu carcéral, le problème c'est qu'ils trouvent du produit ici. Donc vu qu'ils trouvent du produit, ils ont pas besoin de monter ici. Ils ont tout ce qu'il faut à la promenade, donc la prévention c'est vraiment pas leur souci. C'est aussi facile pour eux de trouver du produit ici qu'à l'extérieur.

**Enza et Nadine:**

Mais ils montent quand même pour participer au programme d'échange de seringues?

**Mr. D:**

Bah on imagine et on espère que tous montent. Mais il y a pas si longtemps que ça, on a retrouvé une seringue, dans une cellule, qui nous appartient pas, avec une aiguille. Donc ça vient bien de quelque part. Ça rentre, les gens jettent par dessus les murs que vous avez vus.

Et la troisième difficulté qu'on a, bah c'est la prison en elle-même. Par rapport au programme d'échange de seringues. Je trouve que c'est moins présent maintenant, mais on a eu ça il y a deux ans en arrière, moins maintenant: c'est des seringues qu'on donne automatiquement à la porte de la cellule et donc les gardiens peuvent voir, voyaient, puisque c'est eux qui ouvrent la porte. Et puis ben le regard du gardien sur le détenu, ça ça posait problème aux détenus.

**Enza et Nadine:**

Qu'est qui fait qu'aujourd'hui ça pose moins problème?

**Mr. D:**

On a mis... il y a des discussions qui ont été faites avec les gardiens et puis il y a des études qui sont sorties il y a pas si longtemps que ça, par rapport aux programmes d'échange de seringues. Et puis les gardiens l'ont vue cette étude-là et ils ont aussi pu voir qu'il y a moins de seringues usagées dehors. C'était des seringues que, eux, devaient ramasser. Donc ils ont pu voir cet effet bénéfique. Avant c'était par sauts qu'ils les ramenaient. Aujourd'hui, ils ne nous rapportent plus de seringues, à part la seringue que je vous ai dit, mais ça c'était lors d'une fouille de cellule, mais c'est vraiment très rare quoi. Ça je pense ça a été un point bénéfique pour montrer que le programme d'échange de seringues, c'est quelque chose de bien pour le détenu, mais qu'il pouvait en découler quelque chose de bien pour eux aussi quoi. Le regard des gardiens n'a pas changé, mais on a moins de problèmes. Et puis avant c'est qu'on voyait souvent des... donc on donnait souvent des boîtes flash aux détenus et puis on pouvait voir des fouilles de cellules les jours suivants ou les semaines suivantes. Donc là il y a une éducation qui a été faite envers les gardiens pour ça hein. Donc de ça, comme il y avait des fouilles, bah ça peut être un frein à demander des boîtes flash. Donc nous, on a travaillé là-dessus et on le voit beaucoup moins, voire quasiment plus. On a moins de courriers de patients qui nous disent voilà je veux plus ou de trouver un autre moment pour donner les seringues, mais malheureusement on a pas d'autres moments. Ça c'est une évolution des mentalités, dans d'autres pays, il y a des distributeurs d'échange de seringues. Après il faut savoir que c'est pas parce qu'ils reçoivent des boîtes flash qu'ils vont automatiquement s'injecter des drogues. Par exemple, il y a une patiente qui pile ses Lexo, les mélange avec du sérum physiologique et se les injecte. Ou encore, certains détenus qui, lorsqu'on leur

donne leur méthadone, mettent des filtres à cigarette dans la bouche, font semblant de boire et récupèrent le produit, pour se l'injecter ou le revendre à d'autres détenus qui se l'injectent. Mais voilà, les gardiens sont pas bêtes, ils savent très bien que la drogue rentre. Après voilà nous on essaye de faire ça discrètement, de mettre les boîtes flash dans des petits sacs bien fermés. On s'est adapté aussi et voilà on essaye d'être discret. Et puis c'est vrai que, depuis quelques années, ils se sont un peu déstressés, les gardiens, par rapport à ça, depuis qu'ils ont vu ces effets bénéfiques pour eux. Alors c'est à nous aussi de faire continuer les choses dans ce sens-là et de bien faire comprendre au détenu, qu'une fois qu'il a sa boîte-flash en cellule, ça traîne pas n'importe où et, qu'une fois qu'il s'est piqué, l'aiguille retourne dans le pot-piège. Parce que si le gardien retrouve une aiguille qui traîne, après il y a des problèmes. Enfin il y a des problèmes, ça revient vers nous quoi. Donc c'est à nous de faire continuer les choses comme ça.

Après le projet le plus important c'est pour les tatouages, là. Parce que, aujourd'hui, ils se piquent avec n'importe quoi. Ils se font des machines à tatou, donc il y a un projet, il y a une étude qui a été faite par la doctoresse. Donc je pense qu'il y a des groupes de travail qui vont être mis en place et l'éducation aux gardiens aussi. C'est ça la difficulté, c'est qu'on travaille en partenariat avec eux tout le temps. On travaille pas ensemble mais en partenariat. Il y a le secret de la prison, le secret médical et entre ça, il faut trouver une zone où on peut travailler ensemble. Donc pour ce programme de tatouage là, il va falloir qu'on travaille ensemble, pour que la prison accepte et puis voilà quoi. Après l'idée pour ce programme, c'est je crois que s'ils veulent des aiguilles bah on peut leur en fournir, même de l'encre je pense. Parce que l'encre qu'ils prennent c'est pas de l'encre de tatouage. Donc ça, c'est le prochain gros travail.

## **Annexe V**

### **Entretien 4**

Interview de Mme. E. Le lundi 27/05/2013

**Enza et Nadine:**

Alors pour commencer, on va vous demander quel est votre rôle au sein de la prison?

**Mme E:**

Alors moi je suis infirmière ici à 70% depuis plusieurs années. J'ai commencé en remplacement en 1998 et puis après j'ai été engagée. Ce que je me souviens, c'est que, tout au début, il y avait donc pas le programme d'échange de seringues, ça a été mis en place après, ce qui a fait pas mal de questionnements par rapport à ça, à la prévention des risques, parce que c'était quelque chose d'assez compliqué à mettre en place par rapport aux gardiens, par rapport à la confidentialité aussi, parce que ça se fait à la porte de la cellule comme vous savez. Et puis au fils du temps ça c'est beaucoup amélioré, par rapport à savoir à ce qu'on donne aux gens, ce qu'on récupère, comment c'est listé, comment c'est bien répertorié pour qu'il y ait pas des seringues qui se perdent, qui s'échangent et qui se perdent dans la nature. Donc par rapport à ça, ça roule maintenant même si, quelques fois, il y a quand même des problèmes qui peuvent survenir.

**Enza et Nadine:**

Par exemple?

**Mme E:**

Alors moi, j'ai eu récemment un monsieur qui... donc vous savez qu'il y a une surpopulation carcérale. Donc c'était une cellule à trois et puis, dans la cellule à trois, il y avait une personne qui dormait par terre et cette personne était toxicomane. Donc très vite il y a du produit qui est entré ou elle est rentrée avec du produit, je sais pas, et bien il se piquait dans les toilettes. Mais le monsieur qui était avec lui était une personne d'un certain âge, donc pour lui c'était choquant évidemment. Et puis ben il laissait traîner ses seringues comme ça dans cet espace tellement clos, tellement réduit 23 heures sur 24. Donc ça c'était vraiment revoir avec la personne toxicomane qu'il faut respecter des



règles, très importantes, c'est-à-dire voilà se mettre dans un endroit seul, dans les toilettes qui sont fermées par exemple, c'est-à-dire pas se mettre sur le lit avec son garrot et se piquer devant tout le monde, utiliser les tubes qu'on leur donne, ne pas laisser traîner les seringues, être discret par rapport aux autres et voilà. Parce que ce monsieur était plein de questionnement par rapport à l'hépatite, par rapport au VIH et toutes ces choses-là. Donc ça c'est vraiment des choses je dirais, avec la surpopulation carcérale, au niveau de la prévention, à vraiment quand on donne les seringues et qu'on fait ces choses-là, à voir avec les gens, bien leur rappeler quelles sont les règles. Alors on le fait hein, mais c'est vraiment quelque chose d'important et même sans surpopulation hein, je veux dire. On a quand même des retours hein des personnes qui partagent les cellules avec ces gens-là, qui sont quand même assez interloquées quoi, choquées, c'est vrai que c'est pas des choses euh... Donc ça c'est important, et puis je pense que, on a dû vous expliquer, donc tout le processus c'est que les gens nous écrivent ou nous font des demandes orales quelques fois, donc on peut leur donner les seringues dans un premier temps si c'est urgent pour pas qu'ils prennent des risques, mais dans un deuxième temps c'est de les voir en entretien, ça c'est très important. Il faut qu'ils montent au service médical, qu'on fasse un questionnaire avec eux par rapport aux produits qu'ils s'injectent, au mode, les règles à observer, même s'il y a d'autres toxicomanes en cellule avec eux, que l'autre toxicomane peut demander des seringues aussi. Parce que c'est vrai que quelques fois certains toxicomanes passent par des intermédiaires, donc c'est de notre rôle de bien cibler que ce soit la bonne personne, et que, s'il y a un autre consommateur dans la cellule, qu'il fasse la même démarche.

**Enza et Nadine:**

Et justement avec ce problème de surpopulation, est-ce que vous avez le temps et les moyens de proposer ces entretiens?

**Mme E:**

Bah il le faut oui, il le faut. C'est important parce que, après, on se rend compte que ça va vite, ça peut vite déraiser. Par exemple, il y a beaucoup de personnes géorgiennes dans la même cellule, c'est des gens qui vivent beaucoup en groupe, en communauté, donc il y a toujours... bon on a la chance d'avoir une collègue qui parle russe donc elle peut les voir et leur expliquer quoi. Même si c'est pas le jour-même, c'est différé mais en tous cas oui ces entretiens sont importants.

**Enza et Nadine:**

Donc juste oui pour revenir à votre rôle à vous, parce que vous avez commencé et vous

êtes rapidement arrivée sur l'échange de seringues, vous êtes ici depuis 1998 et est-ce que vous avez une formation particulière?

**Mme E:**

Je suis formée en soins généraux, avec une formation en addictologie aussi. Donc oui bon moi j'ai fait plus de formations par rapport à la consommation d'alcool voilà, mais aussi la prévention des risques. Enfin surtout pour la cocaïne, parce qu'on s'est rendu compte que la population depuis 98 elle a beaucoup changé, donc avant c'était des gens qui consommaient beaucoup d'alcool, mais aujourd'hui on voit beaucoup plus de gens qui consomment de la cocaïne, et qui prennent beaucoup d'alcool pour la descente de la cocaïne, c'est souvent lié.

**Enza et Nadine:**

Qu'est-ce qu'il manque selon vous pour rendre la prévention encore plus efficiente?

**Mme E:**

Alors bah il manque euh... Bah on a mis en place des consultations addictions donc normalement on voit les gens régulièrement lors de ces consultations pour, euh, parler de la consommation, des risques, etc. Moi je dirais ce qu'il manque, mais ça c'est impossible avec les hommes, c'est des... Comme quand on fait la journée sida, c'est des moments où on les retrouve en groupe et on leur donne des informations quant aux hépatites par exemple. Parce qu'on se rend compte que quand on fait ça chez les femmes, c'est vraiment des moments très bien, très enrichissants, parce qu'elles sont en groupe, il y a des questions qu'une va poser que l'autre oserait pas poser, euh il y a toujours... voilà elles arrivent à tirer quelque chose de ces informations. Et ça on peut pas le faire avec les hommes, c'est pas possible pour l'instant, pour des questions de sécurité, de surpopulation, enfin voilà, il y a tellement de... mais ça, ça serait, voilà, important. Et puis, il faudrait aussi plus de temps pour les consultations addictions là aussi, parce que là on sent que... Autant avant c'était quelque chose qui avait une place importante, maintenant avec la surpopulation, avec cette situation bah c'est souvent ces consultations qui tombent. Par exemple voilà, quand les gardiens nous disent pas voilà aujourd'hui vous avez dépassé votre quota de détenus à monter, par exemple ça va être 92, il faut qu'il y en ait qui voilà...

**Enza et Nadine:**

Ah d'accord, vous avez un quota par jour?

**Mme E:**

Oui et donc si par exemple on doit en voir plus bah on peut pas. Donc bah là, par exemple, aujourd'hui, moi je suis en consultation addiction pour l'alcool, bah j'ai pas pu, parce qu'il y a une collègue malade, et c'est vrai que bah voilà on a des listes de soins énormes, quand on a six, sept prises de sang le matin bah ça prend au moins jusqu'à 9 heures, 9 heures 30, après il y a tous les médicaments, enfin voilà on a beaucoup hein.

**Enza et Nadine:**

Mais il y a des temps prévus pour les consultations, non?

**Mme E:**

Oui oui, tous les jours, à tour de rôle. Suivant notre horaire, notre disponibilité et notre spécialité. Mais voilà, aujourd'hui moi par exemple j'étais inscrite pour la consultation addiction alcool, là j'ai un de mes collègues qui va y aller cet après-midi, j'espère qu'il pourra et puis demain ça va être une collègue qui va faire santé mentale, après-demain relaxation et après toxicomanie par exemple.

Après ce qui manque je dirais, c'est qu'il y ait plus de collègues de formés aussi, il faut une formation. Il faut une formation oui. C'est quand même mieux d'aller à des cours, d'aller dans le milieu, à la rue verte, à la navigation, d'aller passer des journées où il y a cette population.

**Enza et Nadine:**

Oui c'est sûr. Mais quelqu'un qui n'a pas une spécialisation en addictologie, par exemple, peut quand même faire ces consultations ou bien non?

**Mme E:**

Non, c'est vraiment les gens spécialisés qui vont faire ces consultations spécialisées. Après ces personnes, tout le monde peut faire de la prévention, tout le monde peut faire de l'échange de seringues, tout le monde peut donner de l'information par rapport à l'hépatite C, parce qu'on sait, par exemple, que les consommateurs de cocaïne, comme ils prennent des billets de banque et qu'ils sniffent, ils peuvent saigner et ça peut se transmettre aussi. Donc oui oui ça c'est clair que tout le monde doit pouvoir le faire, mais c'est bien d'avoir quand même, d'avoir travaillé là-dedans, d'avoir été sensibilisé, c'est mieux je trouve.

**Enza et Nadine:**

Par rapport à votre avis sur la politique de prévention?

**Mme E:**

Bah c'est un peu ce que j'ai dit, mais vraiment ce qui est essentiel c'est qu'on puisse garder cette partie de notre travail et qu'elle ne soit pas perdue, c'est vraiment ça je dirais.

**Enza et Nadine:**

Par rapport à la problématique de la surpopulation, est-ce qu'on est dans le juste si on dit que vous allez être amenés à prioriser les soins et à mettre l'accent sur les urgences, au dépend de la prévention?

**Mme E:**

Souvent c'est ce qui se produit, hélas. Parce que oui, si vous êtes... Oui, par exemple, le vendredi c'est une journée où on sait qu'on va plus pouvoir faire des consultations addictologie, parce qu'il y a trop, il y a trop. On prépare les médicaments en double pour le weekend, il y a le colloque qui prépare le weekend, donc on vient là, avec tous les médecins, les psychologues et tout le monde. Il y a beaucoup, c'est des grosses journées donc ça, c'est déjà des journées où on fait plus. Euh, bah voilà. Et puis bah sinon, cette surpopulation elle change toute la donne hein aussi. Les tournées du matin sont plus longues, mais c'est clair qu'il faudrait absolument la garder cette prévention.

Bon cela dit, il y a une cheffe de clinique là, qui fait une étude sur le tatouage, donc euh là on remplit un questionnaire à l'entrée ou quand on voit les patients en soin, par rapport à où ils ont fait leur tatouage, par rapport à l'hépatite C. Parce que ça aussi, on a eu, il y a pas longtemps, un détenu qui nous a parlé, parce qu'il y a énormément, énormément de gens qui se tatouent ici. Ils sont vraiment ingénieux, moi j'étais estomaquée de voir leurs inventions. Donc voilà ça, ça va être une autre chose.

**Enza et Nadine:**

D'après vous, y a-t-il des limites à l'application de la prévention dans le contexte transitoire de l'incarcération, d'autant plus qu'à Champ-Dollon, c'est une prison préventive?

**Mme E:**

Oui donc les limites c'est déjà l'accès aux détenus, parce que c'est pas nous qui allons vers les détenus, c'est pas nous qui allons nous asseoir sur le lit de la personne, en lui disant voilà votre consommation, les risques, etc. Donc il faut planifier tout ça, c'est les gardiens qui nous amènent la personne. Il y a la limite par rapport à tous leurs problèmes judiciaires, parce qu'on a prévu de voir quelqu'un aujourd'hui mais elle passe toute la journée au ministère public, après nous on est en congé, et donc voilà, on revient et

c'est déporté. Eux-mêmes aussi, on les voit une première fois pour parler, on leur dit voilà on se revoit la semaine prochaine et ils montent pas, parce qu'ils veulent pas se lever, ou qu'il y a le sport, ou qu'il y a autre chose. Si par exemple, c'est une heure où on est d'après-midi, mais c'est une heure où il y a le sport, et ben il vont privilégier le sport, parce qu'ils veulent sortir, ils veulent faire du sport. Beaucoup de contraintes ici, hein, énormément. Il y a les parloirs aussi, si c'est le parloir avec les familles ou les enfants, ils vont privilégier le parloir, ça c'est clair. Donc ouai on a énormément de contraintes et il faut vraiment jongler avec tout ça hein. Donc on a des objectifs... [elle nous fait signe avec sa main pour nous indiquer quelque chose de bas], c'est le bas seuil et je pense que mes collègues ont dû vous dire la même chose. Voilà on fait avec ça, comme on peut. Après on a aussi d'autres problèmes, c'est la barrière de la langue. Parce qu'on a des gens qui parlent, ben, toutes les langues; et pas tous les infirmiers parlent toutes les langues et puis, c'est bien connu, les français sont loin d'être polyglottes, donc voilà. Oui il y a énormément quoi, une prison il y a... ça bouge quoi, en permanence, ça brasse, ça bouge. Les détenus, bah voilà, on avait prévu de les voir, on apprend qu'ils sont sortis, parce que nous on connaît pas leur date de sortie, donc bah on peut pas préparer leur sortie. Alors on essaye hein, c'est vraiment le but de préparer la sortie. Combien de fois on a eu des téléphones, bah encore ce weekend, «bah voilà on a Mr. X qui est là devant moi à la Navigation, quelle dose de méthadone il a?» Voilà, et on a pas su que cette personne était sortie. Bon souvent on le sait, parce que s'ils sortent le weekend en général ils nous le disent, pour qu'on leur prépare leurs doses pour le weekend, mais si c'est en semaine par exemple voilà. Parce qu'ils peuvent très bien nous dire, par exemple, bah je sors le 30 mai et puis ben remise de peine et ils sortent plus tôt.

**Enza et Nadine:**

Mais par exemple, parce que oui certains détenus fréquentaient déjà, avant leur incarcération, la Navigation par exemple, mais ceux qui n'avaient pas de suivi avant l'incarcération, une fois qu'ils sont ici vous allez les sensibiliser à ça pour la sortie?

**Mme E:**

Ah oui oui bien sûr, on les envoie dans des lieux, oui oui. Par rapport aux overdoses aussi, au risque d'overdose, c'est ce que font surtout les collègues spécialisés en toxicomanie. Voilà hein, pas sevrer d'un coup et puis sortir puis après reprendre des consommations, vraiment ça c'est prévention plus plus par rapport à ça, parce qu'il y a déjà eu des accidents hein, c'est clair. Et puis, bah leur donner des adresses ça c'est important, les lieux qui existent ici à Genève. Bon souvent, ils connaissent quand même. Et puis les réseaux en France aussi, parce qu'on a pas mal de gens qui viennent

d'Annemasse, du pays de Gex, etc.

**Enza et Nadine:Mme E:**

Notre deuxième thème, c'est l'alliance thérapeutique. Et sachant que l'alliance thérapeutique c'est la base de toute relation de soin, on voulait savoir, selon vous, quel est l'impact positif et aussi les limites de la prison sur cette alliance?

**Mme E:**

L'impact positif de la prison, bah quelque fois c'est des gens ils vivent tellement dans la précarité, ils vivent tellement... bon à Genève il y a beaucoup de lieux où ils peuvent aller, le CAMSCO, l'Unité Migrant, etc., mais c'est vrai qu'avec certaines personnes, on arrive à, quand même, amorcer quelque chose, quand même oui. Bon moi je connais plus mon sujet, l'alcoologie, mais j'ai vu des personnes. Alors ou bien ça peut être complètement négatif et la personne elle dit oui oui, mais voilà; mais ou la personne se rend compte bah que ça leur apporte plus d'ennuis que de bénéfices, parce que peu d'argent et s'ils s'achètent des bières ils commettent des délits, enfin des choses comme ça. On arrive quand même à voir des gens qui arrive à prendre conscience de ça. Et puis c'est des gens qui, souvent, ont pas de famille, pas de réseau, qui vivent dans un milieu, quand même, qui est dur hein, la rue tout ça, et donc c'est un espace de parole important et même si on parle pas du vrai problème, on crée un lien quand même. Et puis des gens, c'est la première fois qu'ils entendent parler de transmission, ou que par exemple la cocaïne il faut pas faire n'importe quoi, ou que quand ils ont bu de l'alcool bah ils sont désinhibés et qu'ils se rendent plus compte de ce qu'ils font et que c'est là qu'ils peuvent prendre des risques, voilà quoi, c'est un premier accès au soin pour certains.

**Enza et Nadine:**

Et l'autre versant, les limites de l'alliance thérapeutique?

**Mme E:**

Euh...bah...

**Enza et Nadine:**

Parce que nous, on avait émis l'hypothèse, au début, que, bien que l'unité médicale soit séparée de l'autorité carcérale, peut-être que le détenu faisait tout de même un amalgame par exemple?

**Mme E:**

Quelques fois, quelques fois oui, mais moi dans mon cas personnel hein, je leur dis tout le temps que, voilà leurs problèmes judiciaires nous on sait pas les délits, bon bien souvent on le sait, ils nous le disent eux-mêmes parfois, mais on sait pas forcément franchement, nous on est vraiment à part de ça et qu'on a pas à le savoir et qu'on est vraiment distants de ça et, en général, ça se passe plutôt bien. Après nous, dans les addictions, ils sont souvent, alors c'est à ce moment-là eux qu'ils peuvent nous utiliser, parce que l'avocat peut dire par exemple, ok si vous avez un suivi à l'extérieur, si vous avez un certificat qui dit que vous êtes suivis à l'extérieur pour les addictions euh bah ça va vous aider pour votre problème judiciaire et donc eux-mêmes ils peuvent utiliser ça. Ça, ça arrive souvent. Par exemple, si vous avez un détenu qui est là pour alcool au volant, le juge peut dire ok mais on acceptera la liberté si la personne a un suivi à l'extérieur, une prise en charge.

**Enza et Nadine:**

Vous auriez d'autres limites sinon?

**Mme E:**

Bah les limites, je dirais la barrière de la langue, ou culturel aussi. Il y a tellement de gens de cultures différentes. Ce qui peut être aussi parfois embêtant, c'est qu'ils montent au service médical en pensant, par ce biais-là, obtenir des trucs ou plus de choses et là on leur dit que nous on est pas là pour ça, mais on profite de ce moment pour leur parler des risques, de se piquer avec la seringue des autres, etc.

**Enza et Nadine:**

Quand vous dites qu'ils se servent de ce biais-là pour obtenir des trucs, c'est à dire?

**Mme E:**

Bah par exemple pour avoir des médicaments, des benzo, de tout quoi, pour les revendre.

**Enza et Nadine:**

Vous avez des exemples ou des anecdotes par rapport au problème de la culture?

**Mme E:**

Bah, je vais vous parler encore du domaine de l'alcool, vu que c'est ma spécialité. Mais par exemple, il y a certaines personnes qui vous disent bah moi boire un litre de vin rouge par jour c'est pas être alcoolique quoi. Ou euh boire dix bières, c'est pas alcoolisé. Des représentations... pour eux c'est tout à fait normal quoi, il y a pas de problème. Ils se

rendent même pas compte quoi. Pareil par exemple, pour les consommateurs de cocaïne, bah voilà c'est le weekend, c'est la fête, c'est comme ça quoi. Ça, c'est typiquement des représentations que les gens ont et qu'ils se rendent pas compte des risques qu'ils prennent.

**Enza et Nadine:**

Mais je me demandais plus, par rapport aux cultures, par exemple on a vu qu'il y a une majorité de personne venant de l'Europe de l'Est ou musulmans par exemple. Enfin par exemple, dans la brochure d'information, il y a des images où nous, on s'est demandé si ça pouvait pas choquer?

**Mme E:**

Si si ça, ça les a choqués oui, ça ça les a choqués. Ou oui les préservatifs qui étaient donnés avant, à l'entrée par exemple, ça a posé beaucoup de problèmes. Moi j'ai eu plusieurs Africains qui ont... moi j'en ai eu un qui m'a balancé le cahier, qui est monté en consultation, il avait reçu ça et il hurlait pour qui on le prenait, parce qu'il avait eu ça. Et puis c'est vrai, que bah ça c'est sûr qu'ici l'homosexualité c'est quelque chose qui est très tabou.

**Enza et Nadine:**

Par rapport à ça j'avais juste une question, donc on sait que les préservatifs sont dans un panier au service médical, mais ça veut dire qu'ils doivent faire une demande au service médical pour venir en chercher? enfin ça se passe comment?

**Mme E:**

Ils montent en consultation et puis il y a toujours un panier avec des préservatifs et puis ils nous disent «est-ce que je peux en prendre une?». Puis pour monter au service médical, ils ont toujours, tout est bon, ils écrivent tout les jours tous les jours, donc soit ils vont aller voir le médecin, soit ils vont venir en première ligne, donc ils ont plein d'accès. Puis, à la limite, ils peuvent même, bon ça on l'a quasiment jamais eu, mais même écrire euh par exemple qu'ils voudraient des préservatifs. Mais il faut savoir aussi, qu'en prison, beaucoup de choses sont détournées.

**Enza et Nadine:**

Par exemple?

**Mme E:**



Oulala, tout tout tout. Ça peut servir pour faire des yoyos, ça peut servir... tout est détourné. Mais n'empêche que ça il y a l'accès, parce que c'est vraiment tabou, ça c'est sûr. Puis souvent ils disent que c'est pour quand ils vont sortir, qu'ils ont pas vu de femmes depuis longtemps donc quand ils vont sortir... oui voilà souvent ils nous disent ça. Mais moi personnellement j'ai jamais vu quelqu'un qui dise quoi que ce soit, ils prennent et ils disent rien.

**Enza et Nadine:**

Vous pensez que ça serait pertinent de mettre un distributeur de préservatif dans les douches par exemple?

**Mme E:**

Oui oui, mais ça après c'est une politique de la direction hein. Mais oui oui pourquoi pas. Il y a même un moment, ils parlaient de mettre, comme dans les cantons alémaniques, des distributeurs de seringues, il y a eu un projet qui avait été fait par rapport à ça, mais je pense qu'au niveau de la direction pour l'instant c'est pas... Je pense qu'ils doivent tellement gérer tout le temps ce flux d'entrées et sorties, cette surpopulation, il faut assurer la sécurité et avec 800 détenus je pense c'est pas évident hein.

**Enza et Nadine:**

Donc pour finir, quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'application de la prévention primaire auprès de la population toxicomane, ça serait quoi les trois éléments-clés, pour résumer?

**Mme E:**

Les difficultés c'est, l'accès aux détenus, parce que voilà il faut pouvoir les voir.

La barrière culturelle.

La barrière de la langue.

Et puis moi je dirais aussi, l'implication des gens eux-mêmes par rapport aux messages qu'on va donner.

**Enza et Nadine:**

Dans le sens qu'ils sont pas là pour un projet de soin?

**Mme E:**

Oui voilà, ils sont là d'abord pour un problème judiciaire. Quand ils arrivent en préventive, ils savent pas combien de temps ils vont rester, ce qu'il va se passer. Il y a beaucoup

d'angoisse et beaucoup de révolte hein aussi. L'autre jour, j'avais un monsieur qui était détenu sur le canton de Vaud, il arrive à Genève, il était pas interdit de séjour ici et comme il devait sûrement être connu des flics, ils l'ont reconnu et ils lui ont trouvé une vieille histoire de 30 jours, qu'il devait refaire de la prison. Et pendant une semaine et bien il était... mais révolté quoi, parce qu'il venait de sortir de prison et là c'est reparti... et donc on peut pas faire de message de prévention dans cette situation et puis ça, on l'a quand même assez souvent, donc c'est souvent après qu'on peut aller plus loin. Le problème judiciaire, l'incarcération c'est quand même difficile, même s'il y en a qui s'adaptent, c'est quand même un sacré choc hein. Imaginez, vous êtes en prison, le premier souci ça va être combien de temps je vais rester, ma famille, mon appartement, voire le social, c'est ça surtout au début hein. Il faut que les choses, elles se posent quoi. Et puis, il y a aussi l'accès, on peut pas aller vers les gens comme on va dans un service normal, c'est pas du tout ça hein. C'est tout une autre dynamique hein, c'est autre chose.

# Annexe VI

**h e d s**

Haute école de santé  
Genève

**Filière soins infirmiers**

Genève, le 30.01.2013

## **Informations destinées aux personnes participant au travail de Bachelor (TB) intitulé: «Prévention des maladies infectieuses en milieu carcéral»**

Madame, Monsieur,

Nous vous sollicitons pour participer à notre travail de Bachelor portant sur la prévention des maladies en milieu carcéral, en raison de vos connaissances et votre expérience quant à cette thématique.

### **Buts de notre travail:**

Ce travail a pour but d'analyser l'influence du milieu carcéral sur la prévention des maladies infectieuses auprès de la population toxicomane homme à Champ-Dollon et l'adaptation de cette dernière à ce milieu milieu spécifique.

### **Contexte du travail:**

Ce travail de Bachelor est réalisé dans le cadre de la formation en soins infirmiers délivrée par la Haute École de Santé de Genève. Il implique une phase d'enquête, qui se déroule auprès du service médical de Champ-Dollon. Cette enquête aura lieu entre février et mai 2013.

**Description de l'enquête:**

Nous vous proposons un entretien individuel, qui durera environ 30 minutes, à un moment et un lieu fixés avec vous, à votre convenance. Cet entretien sera enregistré puis retranscrit afin de nous assurer de ne pas déformer vos propos. Les données enregistrées seront effacées une fois le travail de Bachelor validé.

**Avantages et inconvénients de participer:**

Votre participation à ce travail pourrait contribuer à nous permettre d'analyser au mieux notre problématique et de la mettre en lien avec la littérature. Votre engagement ne comporte aucun risque ni bénéfice pour vous personnellement ou sur le plan professionnel.

Votre participation à cette enquête a été autorisée par votre employeur.

**Droits et confidentialité:**

Votre participation à cette enquête est volontaire et vous pourrez à tout moment retirer votre consentement sans avoir à vous justifier. Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez, et pourrez encore le faire ultérieurement. Le fait de participer à cette enquête ne changera rien des liens professionnels avec votre employeur.

Toute information recueillie dans le cadre de cette enquête demeurera strictement confidentielle. Les étudiantes soussignées s'y engagent. En particulier, les données ne seront pas transmises à votre employeur ou vos collègues, mis à part l'accès prévu aux résultats. De plus, toutes les données personnelles récoltées dans ce cadre seront rendues anonymes et gardées confidentielles. Seuls les résultats de l'analyse des données peuvent figurer dans des documents écrits ou des présentations orales issus du travail de Bachelor. Votre nom ne sera en aucun cas publié dans des rapports ou publications qui découleraient de ce travail de Bachelor. seule l'analyse des résultats de l'ensemble des données sera présentée.

**Accès aux résultats:**

Bien évidemment, vous pourrez accéder aux résultats de cette recherche. Nous allons laisser un exemplaire du travail de Bachelor à disposition dans l'unité médicale de Champ-Dollon.

**Adresses de contact:**

Al-Khalidi Nadine

E-Mail: nadine.al-khalidi@etu.hesge.ch

Tél: 078/6429055

Nigro Enza

E-Mail: enza.nigro@etu.hesge.ch

Tél: 078/8063644

Nom du directeur de mémoire: Badoux Claudine

HEdS - Haute École de Santé Genève

Avenue de Champel 47

1206 Genève

Tél: 022/388.56.00